

الصورة  
الشخصية

المملكة العربية السعودية  
وزارة التعليم  
جامعة أم القرى  
المركز الطبي الجامعي



## نموذج الكشف الطبي لرخصة القيادة

	الاسم
	رقم الملف الطبي
	رقم المنسوب / الرقم الجامعي
	رقم السجل المدني / هوية مقيم
	تاريخ الميلاد
	الجنس
	رقم الكفيل
	رقم الجوال
	البريد الإلكتروني الشخصي

### الكشف الطبي

مستوى النظر	العين اليسرى بالتقويم (١-٦): ..... العين اليمنى بالتقويم (١-٦): .....
تميز الألوان	<input type="checkbox"/> سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/> سليم بقيود
فحص البصر	<input type="checkbox"/> سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/> سليم بقيود

### القيود

بلا قيود	سيارة أوتوماتيك
طرف صناعي	بالنظارة
القيادة في النهار	سماعة أذن
سيارة خاصة للمعوقين	غير ذلك
العيادة الطبية	توقيع الطبيب
فصيلة الدم	<input type="checkbox"/> O- <input type="checkbox"/> O+ <input type="checkbox"/> AB- <input type="checkbox"/> AB+ <input type="checkbox"/> B- <input type="checkbox"/> B+ <input type="checkbox"/> A- <input type="checkbox"/> A+

آلية استكمال الإجراءات وفق الترتيب التالي:

١- حجز موعد بعيادة العيون ٢- حجز موعد بالعيادة الطبية العامة ٣- مراجعة المختبر

مدير عام المركز الطبي الجامعي

الختم

الاسم

التوقيع

التاريخ ١٤ / / هـ