

مدرسة التكامل العالمية  
A'TAKAMUL INTERNATIONAL SCHOOL



MEDICAL TREATMENT FORM تقرير طبي للطالب

Date: ..... / التاريخ

Clinic Name: ..... السيد / طبيب مركز

Please Check the Student: ..... يرجى فحص الطالب / الطالبة

Thank You

شاكرين لكم حسن تعاونكم



School Admin  
إدارة المدرسة

School Stamp  
ختم المدرسة

FOR DOCTOR USE ONLY لاستخدام الطبيب فقط

Description of Diagnosis The Student / وصف التشخيص للطالب

Doctor's Recommendation (Day of Rest) ..... توصية الطبيب

DR. Signature & Stamp  
توقيع الطبيب وختمه

Date  
التاريخ