



استمارة كشف طبي لمزاولة السباحة والأنشطة الرياضية
Medical Examination Form for Swimming and Sport Activities

بيانات العضو Member Information

التاريخ: / / Date:

Civil ID No. : الرقم المدني:

Name: الاسم:

السيد طبيب المركز الصحي

يرجى التكرم بعمل الكشف الطبي للسيد المذكور أعلاه للتأكد من لياقته الصحية لمزاولة السباحة والتدريبات الرياضية.

Dear Doctor,

Kindly conduct a medical examination to ensure that the person mentioned above is medically fit for swimming and exercising.

لاستعمال الطبيب Doctor Use

After the medical examination, the results of the tests were as follows for:

بعد الكشف الطبي، كانت نتائج الفحوصات كالتالي لكل من:

1- The Heart:

1- القلب:

2- The Dermophytes:

2- الجلدية:

3- The Ears, Nose and Throat:

3- أنف وأذن وحنجرة:

غير لائق طبياً
Medically Unfit

لائق طبياً
Medically Fit

ختم المركز الصحي
Health Center Stamp

توقيع وختم طبيب العيادة
Dr. Signature & Stamp

لاستعمال العضو Member Use

أقر أنا الموقع أدناه بصحة الكشف الطبي لمزاولة السباحة والأنشطة الرياضية، وأتحمل كامل المسؤولية في حال كان الكشف الطبي غير سليم.

I acknowledge that the medical examination is valid, and I take full responsibility of any incorrect data.

توقيع العضو: Member's Signature: