

المجموعة الأكاديمية أماموفيس للدراسة والتعليم AmaMovis

مؤسسة تعليم خاصة

## تصريح الطبيب

الاسم واللقب : .....

تاريخ و مكان الميلاد : .....

تاريخ الفحص : .....

رأي وموافقة الطبيب : .....

.....

.....

.....

في موضوع : مشاركة المعني في البرنامج التعليمي الثقافي (المدارس الصيفية) (لا يسمح بمشاركة ذوي الأمراض المزمنة )

" المتضمن أنشطة داخلية وخارجية مختلفة ثقافية ورياضية و فنية وعلمية ..تحتوي على مجهود بدني "

( للاطلاع على نشاطات المؤسسة اكتب " amamovis " في اليوتوب )

حرر في :

تأشيرة الطبيب