



سلطنة عمان
وزارة التربية والتعليم
المدرسة العامة للتربية والتعليم

المحافظة: _____

المدرسة: _____

استمارة فحص طبي

المحترم _____ الفاضل/الطبيب المسؤول بـ

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته، وبعد،،

يرجى التكرم بإجراء الفحص الطبي على:

_____ الطالب/التلميذ:

_____ الجنسية: تاريخ الميلاد:

_____ العنوان: الولاية: القرية: رقم الهاتف:

_____ اسم ولي الأمر:

_____ عنوانه: رقم الهاتف:



توقيع مدير المدرسة

نتيجة الفحص الطبي

تم الكشف على الطالب/التلميذ المذكور أعلاه بتاريخ / / م ووجد أنه:-

لا يعاني من مشاكل صحية.

يعاني من بعض المشاكل الصحية المتمثلة في الآتي:-

_____*

توصيات الطبيب:

_____*

_____ اسم الطبيب:

_____ توقيع وختم الطبيب:

ختم المؤسسة الصحية