**نموذج طلب عذر طبي**

**Medical Excuse Form**

**لإستعمال الطبيب المعالــج**

**To be Used by Treating Physician**

 الرقم الجامعي University ID: ……...…………… تاريخDate: …………..……

Student Name: …………………………………………………………………………………………………………….……….. إسم الطالب

Major of Study: …………………………………………………………………………………………………..……………… التخصص العلمي

1. **لا يستخدم هذا النموذج لتأجيل أي إختبار فصلي أو اختبار نهائي من مقررات الكلية إلا بموافقة العميد المساعد للشئون الأكاديمية والطلابية.**
2. **لأستاذ المقرر الحق في قبول أو رفض العذر في حالة الغياب.**
3. **لعمادة الكلية حق إعتماد قبول العذر أو رفضه.**
4. **This form will NOT be used for postponing any Midterm or Final Examination scheduled by the Faculty of Allied Health Sciences UNLESS approved by the Vice Dean of Academic and Student Affairs.**
5. **The course coordinator has the right to accept or reject the excuse in case of absence.**
6. **The Deanship of Faculty of Allied Health Sciences has the right to accept or reject it.**

 المركزالصحي Name of Health Center: …………………………………………………………..……………..……..…

الذي عولج عنده المريـض

تاريخ المراجعةDate of Clinical Visit: …………………………………………………………..………………………………

تشخيص وتوصيات الطبيب Diagnosis & Physician's Recommendation:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………. …………………………………….

 ختم المركز الصحي توقيع الطبيب المعالج

 Seal of the Health Center Signature of the Treating Physician