



نموذج الكشف الطبي

خاص للتسجيل بنظام التطوع في أعمال الدفاع المدني

إسم المتطوع :

رقم الهوية:

مدير الدفاع المدني بمنطقة/.....

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،

بالكشف الطبي على المتطوع الموضح بياناته أعلاه تبين الآتي :

() سلامة الجسم من الأمراض ولياقته طبيياً

() عدم لياقته طبيياً

إسم الجهة الطبية/

إسم الطبيب /.....

.....

التوقيع /.....

الختم الرسمي للجهة الطبية/

ملاحظة : يتطلب تصديق هذا النموذج من الجهة الطبية بعد تعبئته وإرفاقه ضمن نموذج تسجيل المتطوعين