

شهادة الاعفاء من ممارسة التربية البدنية والرياضة

أنا الموقع أسفله الدكتور(ة).....الطبيب المسؤول عن الصحة والوقاية المدرسية والجامعية.

أشهد أنني فحصت التلميذ(ة):.....من القسم:.....

وثبت لي أن المعني(ة) بالأمر وجب إعفائه من ممارسة التربية البدنية والرياضة للعجز الصحي التالي:.....

.....

.....

خلال المدة الزمنية التالية:.....

توقيع وخاتم الطبيب: