

دورة ند الشبا الرياضية 2018  
NAS SPORTS TOURNAMENT 2018  
بطولة ند الشبا لكرة القدم للصالات  
NAS FUTSAL CHAMPIONSHIP



شهادة اللياقة الطبية – MEDICAL ATTESTATION

معلومات عامة – GENERAL INFORMATION

DATE:		التاريخ:
PLAYER NAME:		إسم اللاعب:
TEAM:		الفريق:
DATE OF BIRTH:		تاريخ الميلاد:
PASSPORT # OR EMIRATES ID #		رقم بطاقة الهوية أو رقم جواز السفر:

يشهد مستشفى / عيادة / طبيب ..... بأنه قد تم الكشف على اللاعب المذكور أعلاه ووجد أنه لائقاً طبيياً لممارسة رياضة كرة القدم.

..... hospital / Medical center / Doctor, hereby attests that the player mentioned above has been checked and he is fit to play Football.

DOCTOR NAME:		اسم الطبيب:
DOCTOR SIGNATURE:		توقيع الطبيب:
STAMP:		الختم: