

دورة ند الشبا الرياضية 2019
NAS SPORTS TOURNAMENT 2019
بطولة ند الشبا لكرة القدم للصالات
NAS FUTSAL CHAMPIONSHIP



شهادة اللياقة الطبية – MEDICAL ATTESTATION

GENERAL INFORMATION – معلومات عامة		
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 طبياً 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: