

دورة ند الشبا الرياضية 2017

بطولة ند الشبا للكرة الطائرة



MEDICAL ATTESTATION – شهادة اللياقة الطبية

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 الكرة الطائرة.

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

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