

دورة ند الشبا الرياضية 2020

بطولة الكرة الطائرة

NAS SPORTS TOURNAMENT 2020

VOLLEYBALL CHAMPIONSHIP



شهادة اللياقة الطبية - MEDICAL FITNESS CERTIFICATE

بيانات اللاعب - PLAYER DATA		
PLAYER NAME:	.....	اسم اللاعب:
TEAM:	.....	الفريق:
DATE OF BIRTH:	.....	تاريخ الميلاد:
PASSPORT OR EMIRATES ID N°	.....	رقم الهوية أو جواز السفر

يشهد مستشفى / عيادة / طبيب بأنه تم الكشف على اللاعب المذكور أعلاه وأنه لائقاً طبيياً 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.

DATE	.....	التاريخ:
DOCTOR NAME	.....	اسم الطبيب
DOCTOR SIGNATURE	.....	توقيع الطبيب
STAMP		الختم: