



Al-Bayan Bilingual School- High School Division

School Stamp and Admin Signature:

REQUEST FOR MEDICAL REPORT:

طلب تقرير طبي

NAME:

الإسم:

HOMEROOM:

الصف و الشعبة :

DATE :

التاريخ

DOCTOR SECTION: Please fill below

الرجاء تعبئة النموذج الخاص بالطبيب

DATE: -----

التاريخ:

TEMPERATURE OF STUDENT: -----

درجة الحرارة: -----

Diagnosis:

التشخيص

Treatment:

العلاج

Given sick leave for:-----يمنح اجازة مرضية لمدة-----

Dated From:-----اعتبارا من-----

DOCTOR SIGNATURE :-----توقيع الطبيب المعالج-----

HOSPITAL / CLINIC STAMP : ختم المستشفى / المستوصف

DOCTOR'S STAMP: ختم الطبيب المعالج