جامعة فيلادلفيا Philadelphia University	**اسم النموذج :** معلومات الحالة الصحية	**رمز النموذج :** QFO-SS-DS-056
	الجهة المصدرة: عمادة شؤون الطلبة	**رقم الإصدار: (Rev)** 1
	الجهة المدققة: عمادة ضمان الجودة والاعتماد	**تاريخ الإصدار:** 2023-8-29
		عدد الصفحات: 1

1. بيانات الطالب:

الاسم :	**الرقم الجامعي :**
التخصص :	**رقم الهاتف :**
عنوان السكن :	

2. معلومات الحالة الصحية مرفق معها التقارير الطبية:

سمعية		بصرية		جسدية حركية	نفسية	ذهنية	اضطراب طيف التوحد
ضعف سمع	صم	ضعف بصر	كفيف				
توضيح عن الحالة							

التوقيع :

التاريخ :

3. بيان الرأي للمركز الصحي:

.....

.....

.....

.....

التوقيع والختم الرسمي

4. متابعة عمادة شؤون الطلبة: