

**Admissions Department
Medical Fitness Certificate of Student**

**إدارة القبول
شهادة اللياقة الصحية للطلاب/ة**

Student's Name: اسم الطالب/ة:

UoS ID: الرقم الجامعي:

Vision Examination

فحص البصر

Right Eye:..... Left Eye: العين اليمنى: العين اليسرى:
Color Vision: تمييز الألوان:
Remarks: ملاحظات:

Physical Examination

فحص البدن

Chest (X-Ray/ Clinically): الصدر (بالأشعة/ إكلينيكيًا):
Heart/ Pulse: القلب/ النبض:
Lung: الرئة:
Blood Pressure: ضغط الدم:
Nervous System: الجهاز العصبي:
Remarks: ملاحظات:

Laboratory Results

النتائج المخبرية

Urine Test: فحص البول:
- Glucose: السكر:
- Protein: الزلال:
Blood Group & RH: فصيلة الدم:
Hemoglobin: الهيموجلوبين:
AIDS Test (HIV): فحص الإيدز:
Hepatitis "C": التهاب الكبد الفيروسي "C":
Hepatitis "B": التهاب الكبد الفيروسي "B":
Stool Test (Optional): فحص البراز (إذا لزم الأمر):
Genital Diseases Test (Optional): الأمراض التناسلية (إذا لزم الأمر):
Other Tests: فحوصات أخرى:

Does the student have any defects or disabilities? (If yes, please specify) هل يعاني الطالب/ة من أي عاهة أو إعاقة؟ (يرجى الذكر إن وجدت)

Does the student or any member of his/ her family have any mental illnesses? (If yes, please specify) هل يعاني الطالب/ة أو أي من أفراد عائلته/ها من أي مرض نفسي (عقلي)؟ (يرجى الذكر إن وجد)

Is the student using any treatment? (If yes, please specify) هل يستخدم الطالب أي علاج حالياً؟ (يرجى الذكر إن وجد)

Examination Results: Fit Unfit (Reason): نتيجة الفحص: لائق غير لائق (السبب):

Date التاريخ Stamp الختم Signature التوقيع Doctor's Name اسم الطبيب