



Medical Excuse

عذر طبي

To provide information concerning the student's visit to the doctor, as well as the doctor's recommendations about the length of time a student should be excused from school.

لتقديم معلومات تتعلق بزيارة الطالب للطبيب المختص، بالإضافة إلى توصيات الطبيب حول المدة الزمنية التي يجب أن يتم فيها إعفاء الطالب من المدرسة.

Student Name _____ اسم الطالب/الطالبة
Student ID S000_____ رقم الطالب/الطالبة الجامعي

To be filled out by the treating physician: يرجى تعبئة النموذج من قبل الطبيب المختص:

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| Clinic/ Hospital Name | اسم المستشفى/ العيادة |
| Doctor's Comments | تقرير الطبيب |
| Doctor's Signature | توقيع الطبيب |
| Date | التاريخ |

Attach copy of official clinic/ hospital report

يرجى إرفاق نسخة من تقرير العيادة/المستشفى الرسمي

Doctor's Stamp

ختم الطبيب

Clinic/Hospital Stamp

ختم المستشفى/العيادة