



## شهادة اللياقة الصحية للطالب/ة Medical Fitness Certificate of Student

صورة شخصية  
Photo

اسم الطالب/ة: .....  
الرقم الجامعي: .....  
Student's Name: .....  
UoS ID: .....

### فحص البصر

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

### فحص البدن

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

### النتائج المخبرية

فحص البول: .....  
- السكر: .....  
- الزلال: .....  
فصيلة الدم: .....  
الهيموجلوبين: .....  
فحص الإيدز: .....  
التهاب الكبد الفيروسي "C": .....  
التهاب الكبد الفيروسي "B": .....  
فحص البراز (إذا لزم الأمر): .....  
الأمراض التناسلية (إذا لزم الأمر): .....  
فحوصات أخرى: .....  
هل يعاني الطالب/ة من أي عاهة أو إعاقة؟ (يرجى الذكر إن وجدت)  
Does the student have any defects or disabilities? (If yes, please specify)

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

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

نتيجة الفحص:  لائق  غير لائق (السبب): .....

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

Note: The tests must be performed at UoS clinic, University Sharjah Hospital or any governmental hospitals in UAE.

ملاحظة: يتم إجراء الفحص الطبي في عيادة أو مستشفى الجامعة أو العيادات الحكومية في دولة الإمارات.