**النموذج الطبي للمشارك في مؤتمر الأيدي الواعدة التاسع عشر ( مسؤوليتي الإجتماعية)**

**22-24/9/2023**

|  |
| --- |
| **الاسم الرباعي :** |

**اسم المدرسة :**

|  |  |
| --- | --- |
| **تاريخ الميلاد:** | **الجنس:** |
| **رقم هاتف ولي الأمر 1:** | **رقم هاتف ولي الأمر 2:** |

**معلومات عن التأمين :**

**هل المشارك مغطى بتأمين صحي ( يشمل المعالجة السريرية ) 1- نعم 2- لا ( ضع دائرة )**

**اذكر جميع الحساسيات ( ان وجدت ) بالاضافة الى وصف الحالة وطريقة علاجها :**

|  |
| --- |
| **1-** |
| **2-** |
| **3-** |
| **4-** |

**المحظورات :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **المشارك لا يأكل :** | **1-** | **2-** |
| **3-** | **4-** |

**اسم المشرف ورقم هاتفه :**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |