



MEDICAL FITNESS CERTIFICATE 2025/2026 شهادة لياقة طبية

Name: _____ الاسم:

Date: _____ التاريخ:

Sex: M ☐ F ☐ الجنس: D.O.B: _____ تاريخ الميلاد: Nationality: _____ الجنسية:

Q.I.D No: _____ الرقم الشخصي:

غير طبيعي (Abnormal)	طبيعي (Normal)	Test الفحص
☐	☐	Physical Examination الفحص الإكلينيكي
☐	☐	Cardiology System القلب
☐	☐	Respiratory System الجهاز التنفسي
☐	☐	Musculoskeletal System الجهاز العضلي الهيكلي
☐	☐	Hearing and Vision السمع والبصر
☐	☐	Blood Pressure & Pulse الضغط والنبض
Weight: _____ الوزن: Height: _____ الطول:		

DOCTOR'S COMMENTS: _____ ملاحظات الطبيب:

FIT ☐ لائق UNFIT ☐ غير لائق

توقيع الطبيب / التاريخ / الختم
Doctor's Signature / Date / Stamp

Important Notes:

- Please print the medical certificate and go to the nearest health center.
- All information must be filled in by hand by the authorized medical doctor.
- The medical examination is valid for a period of 6 months only from the date of signature.
- The name must be clearly written, along with the doctor's signature and the official stamp of the health center or clinic.
- In case of missing or unclear information, the medical certificate will be rejected.
- Please ensure that all fields are filled in accurately and correctly.
- Any tampering with the medical certificate, including falsifying information, signature, or stamp, is strictly prohibited and will result in disciplinary action.

ملاحظات هامة:

- يرجى طباعة الشهادة الطبية والتوجه إلى أقرب مركز صحي.
- تعبئة البيانات تتم يدوياً عن طريق الطبيب المختص.
- تكون صلاحية الفحص الطبي لمدة 6 أشهر فقط من تاريخ التوقيع.
- يجب تعبئة الاسم بشكل واضح، مع توقيع الطبيب وختم المركز الصحي أو العيادة المعتمدة.
- في حال نقص أي من البيانات المطلوبة أو عدم وضوح المعلومات، سيتم رفض الشهادة الطبية.
- الرجاء التأكد من أن جميع الحقول قد تم تعبئتها بشكل دقيق وصحيح.
- يُمنع منعاً باتاً التلاعب في بيانات الكشف الطبي أو تزوير التوقيع أو الختم. ويُعد ذلك مخالفة تستوجب المساءلة.