



KAFRELSHIK UNIVERSITY

جامعة كفر الشيخ

FACULTY OF PHYSICAL THERAPY

إستمارة

كلية العلاج الطبيعي

طابع ٢٠ جنية

بيانات الطالب لآداء إمتحانات الفرقة النهائية للعام الجامعى ٢٠١٧/٢٠١٨

شئون الخريجين



** (بيانات الطالب من واقع شهادة الميلاد) **

إسم الطالب باللغة العربية :

إسم الطالب باللغة الإنجليزية :

النوع - (ذكر - أنثى) : الجنسية: الديانة:

إسم والد الطالب باللغة العربية :

إسم والد الطالب باللغة الإنجليزية :

تاريخ الميلاد (بالأرقام): / / ١٩ تاريخ الميلاد (بالحروف):

محل الميلاد: القرية: المدينة: المحافظة:

**

** بيانات الطالب (من واقع أوراقه وسجله الدراسى) **

تاريخ الإلتحاق بالكلية : / / الشعبة الدراسية :

عدد مرات التقدم لإمتحان الفرقة النهائية :

رقم البطاقة الشخصية : سجل مدنى : تاريخ صدورها:

العنوان الحالى (تفصيليا):

رقم التليفون : كود المحافظة :

***

** إقرار الطالب **

أقر بأن البيانات المدونة بعالية صحيحة . وفى حالة وجود أى خطأ أتحمّل المسئولية كاملة . المقر بما فىة .

الإسم : التوقيع:

***

*** إقرار لجنة المراجعة ***

تقر لجنة المراجعة بأن البيانات المدونة بعالية صحيحة وذلك من واقع شهادة الميلاد وملف الأوراق والسجل الدراسى المحفوظ لدى الكلية .

أعضاء اللجنة	مسئول الكلية	مسئول إدارة التسجيل والدراسة	مسئول إدارة الخريجين
الإسم			
التوقيع			

