

Medical Declaration إقرار الطبي

Full Name:

الاسم الكامل:

Date of Birth:

تاريخ الميلاد:

Nationality:

الجنسية:

Qatar ID No:

رقم البطاقة الشخصية:

We certify that medical test has been performed for the above mentioned.

نشهد بان تم اجراء الفحص الطبي للاعب المذكور أعلاه.

FIT UNFIT

لائق غير لائق

Doctor's Name:

اسم الطبيب:

Medical Center Name:

اسم المركز الطبي:

Doctor's Stamp & Signature:

توقيع ختم الطبيب: