



وزارة الداخلية
الإدارة العامة للمرور

صورة
6x4

	نوع المعاملة
	التاريخ

		الرقم المدني		الرقم الموحد مرجع الداخلية	
الجنسية		الاسم:			
	فصيلة الدم	الجنس	/	/	تاريخ الميلاد
		عنوان العمل			المهنة
رقم هاتف المنزل:		الشارع:	القطعة:	المنطقة:	عنوان السكن
رقم الهاتف النقال:			الشقة:	المنزل:	
توقيع الكفيل					إسم الكفيل
بيانات الرخصة					
	جنسيتها		نوع الرخصة		رقم الرخصة
	رقم الملف		تاريخ الانتهاء		تاريخ الإصدار

ملاحظات :

.....
.....
.....

رئيس القسم

الموظف المختص

مقدم الطلب

الاسم : _____

الاسم : _____

التوقيع :

التوقيع :

التوقيع :



وزارة الداخلية
الإدارة العامة للمرور

صورة

6 x 4

شهادة لياقه طبية للحصول

على رخصة سوق

بيانات شخصية

		الرقم المدني		الرقم الموحد	
		الإسم			
/ /		العمر	المهنة		الجنسية

تاريخ الطلب :

الموظف المختص "الاسم" :

التوقيع :

إقرار

أقر بأنه لم يسبق لي ان دخلت أو تعالجت في أي مصحة أو مستشفى للأمراض النفسية أو العصبية ولم اصيب باي حالات فقدان الوعي أو الصرع وأتعهد بإبلاغ الجهات الصحية المسئولة عن الفحص الطبي حال حدوث مثل ذلك لي أو أصابتي باي من الامراض التي تصحح معها قيادتي للمركبة او الدراجة النارية خطرا علي او على الاخرين.

توقيع صاحب العلاقة:

خاص لاستخدام ادارة الخدمات الطبية للشرطة

لياقة الجسم

معيق سمعي	معيق عقلي	معيق بدني
غير لائق	لائق	

العيون

اليمينى	/٦
اليسرى	/٦

القياس

يميز	
لا يميز	

الألوان

غير لائق

لائق

فحص

بالنظارة	
بدون نظارة	
بالعدسة	

النظر

يوجد	
لايوجد	

حول

المدة:

يستخدم في حالة السحب الطبي

التاريخ: / /

السبب :

رقم الفحص :

الفحص القادم: / /

تاريخ الفحص: / /

النتيجة العامة :

رئيس الأطباء

الطبيب الفاحص

يوجد	
لايوجد	

نموذج الشروط
الخاصة



وزارة الداخلية
الإدارة العامة للمرور

شهادة لياقه طبية للحصول

على رخصة سوق

بيانات شخصية

صورة

6 x 4

		الرقم المدني		الرقم الموحد	
		الإسم		الجنسية	
/ /		العمر	المهنة		

تاريخ الطلب : " الاسم : الموظف المختص

التوقيع :

إقرار

أقر بأنه لم يسبق لي ان دخلت أو تعالجت في أي مصحة أو مستشفى للأمراض النفسية أو العصبية ولم اصيب باي حالات فقدان الوعي أو الصرع وأتعهد بإبلاغ الجهات الصحية المسئولة عن الفحص الطبي حال حدوث مثل ذلك لي أو أصابتي باي من الامراض التي تصيح معها قيادتي للمركبة او الدراجة النارية خطرا علي او على الاخرين.

توقيع صاحب العلاقة:

خاص لاستخدام ادارة الخدمات الطبية للشرطة

لياقة الجسم

معيق سمعي	معيق عقلي	معيق بدني
غير لائق	لائق	

العيون

القياس	اليمينى /٦	اليسرى /٦	فحص	بالنظارة
الألوان	يميز	لا يميز	النظر	بدون نظارة
	لا يميز		حول	بالعدسة
	غير لائق	لائق		يوجد
				لايوجد

التاريخ : / / يستخدم في حالة السحب الطبي المدة:

السبب :

رقم الفحص : تاريخ الفحص : / / الفحص القادم: / /

النتيجة العامة :

رئيس الأطباء

الطبيب الفاحص

يوجد
لايوجد

نموذج الشروط
الخاصة