



وزارة الداخلية  
الإدارة العامة للمرور

صورة  
6x4

نوع المعاملة	
التاريخ	

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

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		المهنة		العمر	

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 بايلاغ 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
			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