فرم اعلام نظر بیماری دانشجو

تکمیل توسط مرکز آموزش

نام و نام خانوادگی دانشجو :	کد ملی :
نام مرکز آموزش : مرکز علمی کاربردی فرهنگ و هنر واحد ۴۶ تهران	رشته :
سال و نیمسال ورود :	مقطع :
تعداد واحدهای گذرانده :	تعداد واحدهای باقیمانده :
موضوع :	
عدم مراجعه ☐ مشروطی ☐ غیبت آزمون ☐	

تکمیل توسط پزشک معتمد

نام و نام خانوادگی دانشجو :

اعلام نظر:

با توجه به بررسی مدارک پزشکی و ویزیت دانشجو، مشخص شد دانشجو در نیم سال اول / دوم .....

- قادر به حضور در کلاس های درسی بوده ☐ / نبوده است. ☐
- قادر به حضور در جلسه امتحان بوده ☐ / نبوده است. ☐

توضیحات:

امضا، مهر و تاریخ