

Student Health Service (الخدمة الصحية للطلاب)

4189 Westlawn Iowa City, Iowa 52242-110 319-335-8249 فاكس 319-335-8392 http://studenthealth.uiowa.edu

| | | ۲ اسم المریض | ٦ |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| العمر | تاريخ الميلاد | و رقم هوية الطالب | [يوضع هنا ملصق المريض] أ |
| | نا عن الاسم المذكور أعلاه: | L الاسم المفضىل إذا كان مختلةً | 1 |
| | urbi vi | ere er er metterer | |
| | بعلاج القاصر | موافقة/تصريح الوالد/الوصي | |
| | طالب | معلومات المريض/ال | |
| | رقم هوية الطالب | | اسم المريض/الطالب: |
| الولاية: | لمدينة: | l | العنوان المحلي: |
| | العمل: | | الهاتف المحلي - منزل: |
| | | | تاريخ الميلاد:/ |
| | ما يلي | يستكمل الوالد/الوصي | |
| عمل بتقديم ما يلي لطفلي | سحية للطلاب) بجامعة أيوا، وطاقم ال | Student Health Ser\ (الرعاية الم ثناء قيد طفلي في جامعة أيو إ | أوافق على أن يقوم موفرو خدمة ice/ في حالة ضرورة توفر العناية الطبية أ |
| in the state of th | i 1 . 6 NI II i . II I . IN C | | |
| ، ایوا، و صافم العمل بنقدیم | | رو خدمة tudent Health Service يكون ذلك ضروريًا أثناء قيده في جامعة | |
| رية | ة الصحية الطلاب) لتقديم الدعاية الط | الرعايا) Student Health Service | ۷، ۷ أمنح تصريحًا لخدمة د |
| • 🔐 | | طبية، يرجى الاتصال على: | |
| | (الجوال) | (العمل) | الاسم: الهاتف: (المنذ ل) |
| | (05.) | (5) | (0) |
| | | | اسم الوالد/الوصي بخط واضح |
| | التاريخ | | توقيع الوالد/الوصي |
| | الدراة: | | عنوان الشارع: |
| | الدولة: الولاية: | | المدينة: |
| | الودية (الجوال) | (العمل) | المهاتف: (المنزل) |
| - | (5.5) | (೨) | (0) |

يرجى عمل مسح ضوئي للمستند، وإرساله بالبريد الإلكتروني إلى: student-health@uiowa.edu أو بالفاكس إلى 513-315-11.