



الكتائف عن تعاظي المآدرات

- التآاليل الطبية السلبيية -

المؤسم الرياضي 2026-2027

المؤسسة الطبية أو المآبر:

العنوان:

رقم الهاتف/ البريد الإلكتروني :



معلومات المعني بالتآاليل

الاسم و اللقب:

تاريخ ومكان الميلاد:

نوع العينة :

رقم بطاقة الهوية/جواز السفر :

الجهة الطالبة للتآاليل :

تفاصيل الفآص

للتآاليل المخبرية للكشف عن ماييلي:

نعلم بأن المعني المذكور اسمه أعلاه قد خضع بتاريخ

- المواد المخدرة.

- المؤثرات العقلية ومواد محضرة أخرى.

وقد تم إجراء التآاليل وفقا للمعايير الطبية المعتمدة.

الآلاصة

☐ تآاليل سلبية

- نتيجة التآاليل الطبية آالية من المواد المخدرة و/أو المؤثرات العقلية الخاضعة للكشف.

ملاحظة: يتآمل رئيس النادي والمعني كامل المسؤولية عن أي تزوير لهذه الشهادة
وفق ما هو منصوص عليه في القانونين المدني والرياضي.

رئيس اللجنة

المآبر