

استمارة طلب الإعفاء نتيجة إعاقة

أنا الممضي أسفله الطبيب

الاسم و اللقب

أخصائي في

أصرح بعد الفحص الطبي الذي أجرته على المترشح (ة)

الاسم و اللقب

تاريخ و مكان الميلاد

امتحان شهادة البكالوريا دورة 2017

الشعبة

قرار الطبيب

1. في حالة إعاقة بصرية

مكفوف (ة) يتعذر عليه (ها) القراءة و الكتابة

2. في حالة إعاقة حركية

معوق (ة) حركيا غير قادر(ة) تماما على استخدام يديه (ها) للكتابة بصفة دائمة

ملاحظة : تملأ هذه الاستمارة من طرف طبيب مختص.

حرر بـ في

ختم و توقيع الطبيب المختص