

فرم اعلام نظر بیماری دانشجو

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| تکمیل توسط مرکز آموزش | نام و نام خانوادگی : | کد ملی: |
| نام مرکز آموزش: **مرکز آموزش علمی کاربردی افق** | رشته: |
| سال و نیمسال ورود: | مقطع: |
| تعداد واحد های گذرانده: | تعداد واحد های باقیمانده: |
| موضوع:  عدم مراجعه مشروطی سایر نام ببرید: | |
| تکمیل توسط پزشک معتمد | نام و نام خانوادگی: |  |
| اعلام نظر:  با توجه به بررسی مدارک پزشکی و ویزیت دانشجو، مشخص شد دانشجو در نیم سال اول / دوم سال - - -   1. قادر به حضور در کلاس درسی بوده / نبوده است. 2. قادر به حضور در جلسه امتحان بوده / نبوده است.   توضیحات: | |
|  | امضاء مهر و تاریخ |