



مركز التدريب الإقليمي بمدينة/محافظة الـ ()

بيانات اللاعب

اسم اللاعب: _____
 تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____
 هل اللاعب مسجل في نادي؟ لا نعم

الطول: _____
 الوزن: _____
 العمر: _____

هل يعاني اللاعب من؟

<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	الربو	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	السكري
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	الحساسية	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	الضغط
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	أمراض جلدية	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	أمراض القلب
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	أمراض دم وراثية او انيميا	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	أمراض دم معدية
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	أمراض اخرى			فصيلة الدم

• هل يستخدم اللاعب أي أدوية أو مكملات غذائية؟ (في حال نعم نرجو ذكرها):

.....

• هل تعرض اللاعب لأي إصابة سابقة؟ (في حال نعم نرجو ذكرها):

.....

• هل تم إجراء أي عملية للاعب في الماضي؟ (في حال نعم نرجو ذكرها):

.....

توقيع ولي أمر اللاعب

الاسم:

التوقيع: