



الاتحاد السعودي للسهام
SAUDI ARCHERY FEDERATION

نموذج فحص الطبي للاعب/ للاعبة رماية السهام

تاريخ الكشف / / م

العمر:

الاسم:

رقم الهوية:

الكشف الطبي على المذكور:

القلب:

البطن:

النبض:

التنفس:

العينان:

هل توجد تشوهات جراحية بالكتف أو الذراعين تعوق من ممارسة الرماية:

لا

نعم

هل توجد أمراض مزمنة:

لا

نعم

يذكر

هل الأمراض معدية:

لا

نعم

يذكر

الحالة الصحية العامة:

ختم الطبيب/ المستشفى:

التوقيع الطبيب:

