

## فرم اعلام نظر بیماری دانشجو

|   |                       |
|---|-----------------------|
| نام و نام خانوادگی :<br>کد ملی :  | تکمیل توسط مرکز آموزش |
| نام مرکز آموزش :<br>رشته :  |                       |
| سال و نیمسال ورود :<br>مقطع :   |                       |
| تعداد واحدهای گذرانده :<br>تعداد واحدهای باقیمانده :  |                       |
| موضوع :<br>عدم مراجعه <input type="checkbox"/> مشروطی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>  |                       |
| نام و نام خانوادگی :<br><br>اعلام نظر:<br>با توجه به بررسی مدارک پزشکی و ویزیت دانشجو، مشخص شد دانشجو در نیم سال اول / دوم .....<br>- قادر به حضور در کلاس های درسی بوده / نبوده است.<br>- قادر به حضور در جلسه امتحان بوده / نبوده است.<br>توضیحات:<br><br><p style="text-align: center;"><b>امضا، مهر و تاریخ</b></p> | تکمیل توسط پزشک معتمد |