

الكتائف عن تعاطي المخدرات - التحاليل الطبية السلبية -

المؤسسة الطبية أو المخبر:
العنوان:
رقم الهاتف/البريد الإلكتروني:
.....

معلومات المعني بالتحاليل

الاسم و اللقب:
تاريخ ومكان الميلاد:
نوع العينة:
رقم بطاقة الهوية/جواز السفر:
الجهة الطالبة للتحاليل:

تفاصيل الفحص

نعلم بأن المعني المذكور اسمه أعلاه قد خضع بتاريخ ... / ... / 2026 للتحاليل المخبرية للكشف عن مايلي:
- المواد المخدرة.
- المؤثرات العقلية ومواد محضرة أخرى.
وقد تم إجراء التحاليل وفقا للمعايير الطبية المعتمدة.

الخلاصة

☐ تحاليل سلبية

- نتيجة التحاليل الطبية خالية من المواد المخدرة و/أو المؤثرات العقلية الخاضعة للكشف.

ملاحظة: يتحمل رئيس النادي والمعني كامل المسؤولية عن أي تزوير لهذه الشهادة
وفق ما هو منصوص عليه في القانونين المدني والرياضي.

رئيس النادي

المخبر