

|                  |                                                                                             |                                                                                         |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| بيانات الطالب/ة: | اسم الطالب/ة:                                                                               | الرقم الجامعي:                                                                          |
|                  | المعدل التراكمي:                                                                            | رقم هاتف الاتصال:                                                                       |
|                  | الفصل الدراسي:                                                                              | عام:                                                                                    |
|                  | القسم الذي ينتمي له الطالب/ة:                                                               | الكلية:                                                                                 |
| بيانات العذر:    | اسم المقرر ورمزه:                                                                           | رقم الشعبة:                                                                             |
|                  | اليوم والتاريخ الذي غاب فيه الطالب/ة:                                                       | الغياب عن:                                                                              |
|                  | يوم:                                                                                        | اختبار فصلي <input type="checkbox"/> تكليف عملي <input type="checkbox"/> أخرى تذكر..... |
|                  | الموافق:                                                                                    | تاريخ الاختبار/تسليم التكليف/أخرى: ٢٠ / / م                                             |
|                  | سبب الغياب                                                                                  | عذر طبي حالة وفاة حادث مروري أخرى تذكر:                                                 |
|                  | يوجد مرفق <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> |                                                                                         |

أقرأنا الطالب/ة الموضح بياناتي أعلاه بصحة البيانات الواردة في هذا الطلب، واطلاعي على الشروط المشار إليها في اللوائح والأنظمة الخاصة بذلك، و أتحمل المسؤولية كاملة في حال ثبوت خلاف ذلك التوقيع: .....

|                                                            |                                |          |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------|
| رأي المرشد الأكاديمي للطالب/ة                              | التوصية: موافقة / عدم الموافقة | المبررات |
|                                                            |                                |          |
|                                                            | المرشد الأكاديمي: .....        |          |
|                                                            | التوقيع: .....                 |          |
| مصادقة رئيس القسم/مساعدة رئيس القسم الذي يدرس فيه الطالب/ة |                                |          |
| رئيس القسم: .....                                          |                                |          |
| التوقيع: .....                                             |                                |          |