



مركز خدمة شؤون وأموال القاصرين

استمارة طلب تقرير اللجان الطبية
Application for Medical Committees Report

Applicant Information

بيانات مقدم الطلب

Applicant Name:		اسم مقدم الطلب:
CPR Number:		الرقم الشخصي :
Relationship to Referee (Mother / Wife / Son / ..Others)		علاقته بالمحال الى اللجان الطبية : (أم/زوجة/ابن/ غيره)
Contact Number:		رقم التواصل:
Email:		البريد الالكتروني:

Referee Information

بيانات الشخص المحال الى اللجان الطبية

Applicant Name:			الاسم:
CPR Number:			الرقم الشخصي:
Nationality:			الجنسية:
Presence of Natural Guardian:	<input type="checkbox"/> الجد من الأب Paternal Grandfather	<input type="checkbox"/> الأب Father	وجود الولي الطبيعي:

إقرار:

Declaration:

I, the undersigned (the applicant), hereby agree to the administration filing a guardianship case upon proof of the concerned individual's inability to manage financial transactions. I also commit to paying the full amount due in case it is proven that the individual is of full legal capacity.

أنا الموقع أدناه (صاحب الطلب) بالموافقة على رفع دعوى الحجر من قبل الإدارة عند ثبوت عدم قدرة الشخص المعني على القيام بالمعاملات المالية، كما أتعهد بدفع كامل المبلغ المستحق في حال ثبوت انه كامل الأهلية.

Signature and Date		التوقيع والتاريخ:
--------------------	--	-------------------