**مركز الطالبات ذوات الاعاقة**

**بيانات مرافقة طالبة**

**أولاً/ بيانات أولية للمرافقة**

|  |  |
| --- | --- |
| **اسم المرافقة** |  |
| **الجنسية** |  | **تاريخ الميلاد** |  |
| **المؤهل العلمي** |  | **رقم الجوال** |  |
| **تاريخ بدء العمل مع الطالبة** |  | **التوقيع** |  |

**ثانياً/ بيانات الطالبة**

|  |  |
| --- | --- |
| **اسم الطالبة** |  |
| **الرقم الجامعي** |  | **رقم الجوال** |  |
| **نوع الاحتياج** | **بصري** | **حركي** | **صعوبات** |
| **الكلية** |  | **القسم** |  |
| **التوقيع** |  |

* **المستندات المطلوبة : صورة من اثبات الهوية**

 **المشرفة على مركز الطالبات ذوات الاعاقة**

 **أ.مي بنت عبد الرحمن الفاخري**