**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**