**مركز الطالبات ذوات الاعاقة**

**طلب دورة**

**أولاً/ بيانات أولية**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نوع الطلب** | **الالتحاق بدورة** | **تقديم دورة** |
| **اسم الدورات المقترحة** | * **............................................................** * **............................................................** * **............................................................** | |

**ثانياً/ معلومات عن مقدم الطلب**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **الاسم** |  | **الرقم الجامعي** |  |
| **الكلية** |  | القسم |  |
| **رقم الجوال** |  | | |
| **البريد الالكتروني** |  | | |
| **التوقيع** |  | | |

**المشرفة على مركز الطالبات ذوات الاعاقة**

**أ.مي بنت عبد الرحمن الفاخري**