|  |
| --- |
| **اسم الطالب/ـة:** |
| **الرقم الجامعي :** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **الكلية :** |
| **القسم :** |
| **التخصص :** |
| **نوع الاعاقة :** |
| **نوع الخدمة المطلوبة :**□□□□□□**جهازمرافق/ـةكاتب/ـةقارئ/ـةطباعة برايلأخرى** |
| **ماهي :** |
| **إذا كانت الخدمة المطلوبة هي** **جهاز نرجو تعبئة نموذج استعارة:** |
| **هل يتم صرف بدل الإعاقة ؟ نعم** □ **لا** □ |
| **رقم الجوال :** |
| **البريد الاليكتروني :** |
| **المستندات المطلوبة : - صورة من الجدول الدراسي*** **صورة من تقرير طبي من جهة رسمية حديث**
* **صورة من الهوية او كرت العائلة**
 |

**نموذج**

**طلب خدمة طالب/ـة الاحتياجات الخاصة**

**تاريخ الطلب : / / 14هـ**

 **الموظف المختص /**................................. **مديرة ادارة الاحتياجات الخاصة**

 **التوقيع : أ/ايمان عبدالرحمن الغامدي**