

**- الاسم الرباعي:**

**- الكلية: الطب وعلوم الصحة - الرقم الجامعي:**

**- التخصص: - المعدل التراكمي:**

**- نوع الاعاقة:**

**- اعاقة الوالد ونوعها اذا كان الوالد هو من ذوي الاعاقة.**

**- مكان السكن : - بالقرب من :**

**- وسيلة اتصال: هاتف ارضي او جوال وبريد اليكتروني للطالب:**

**-**

**-**

**-**

**- عدد افراد الاسرة-:**

**- طبيعة عمل مصدر الدخل:**

**- الدخل الشهري:**

**- عدد الاخوة:**

**- في المدارس:-**

**- 1**

**- في الجامعة ( اسم ورقم وجامعة كل منهم)**

**-**

**-**

**-**

**- هل تحصل على منحة من اي جهه اخرى: نعم . - قيمتها:**