

(طلب اختبار بديل)

بيانات الطالب			
الاسم	الرقم الجامعي		
القسم	التخصص		
الفصل الدراسي	المستوى		
رقم الجوال	التاريخ		
البريد الإلكتروني	التوقيع		

طلب الطالب

أرغب في منحي فرصة لإجراء اختبار نهائي بديل للمقررات التي تغيبت عنها في الفصل الدراسي (.....) للعام الجامعي (.....) وذلك للأسباب التالية

.....

.....

.....

.....

.....

م	اسم المقرر	رمز المقرر ورقم المقرر	مواعيد الاختبار الأصلي	توصية لجنة الطلاب بالكلية بإجراء اختبار بديل
1				لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
2				لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
3				لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
4				لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
5				لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>

توقيع رئيس القسم	توقيع وكيل الكلية للشؤون الأكاديمية

يوصي مجلس الكلية في جلسته () بتاريخ / / هـ بالموافقة / عدم الموافقة علي إجراء اختبار بديل نهائي للطالب المذكور وإبلاغ القسم الذي ينتمي اليه الطالب بالقرار مع توجيهه بإعلام الطالب
يعتمد،

عميد الكلية