ⵜⴰⵎⴰⵡⴰⵙⵜ ⵜⴰⵏⴰⵢⵉⵜ
منظمـــة تامايـــــوت
Organisation TAMAYNUT

Organisation non gouvernementale Amazighe Fédéral
Fondée 1978

ⵜⴰⵖⵍⴰⴼⵜ ⵏ ⵍⵎⵖⵔⵉⴱ
المملكة المغربية
ⵜⴰⵎⴰⵡⴰⵙⵜ ⵏ ⵜⵓⵙⵙⵓⵔⵉⵏ ⴰ ⵜⵙⵙⵙⵜ
وزارة الشباب والرياضة
Ministère de la jeunesse et des sports
Secrétariat général
Direction de la jeunesse et de l'enfance
Service des colonies de vacance

Certificat médical

Je soussigne

Docteur ……

Médecin du……..certifié

que le – la(X) Jeune ……

âgé(e)de……ans

Ne présente actuellement aucune pathologie contagieuse ou chronique et qu'un séjour au camp de vacances a la mer(X) à la montagne(X) ne lui est pas contre indiqué.

Taille……cm poids……kgs

Urine : alb……Sucre……

Vaccinations 001 fait le……

N.B / pour les inaptes cas de contre indications médicales le certificat sera conservé par le service de santé.

(Médecin Examinateur)

A……le……

ⵜⴰⵎⴰⵡⴰⵙⵜ ⵜⴰⵏⴰⵢⵉⵜ
Organisation TAMAYNUT
منظمـــة تامايـــــوت
- Organisation non gouvernementale Amazighe Fédéral créée en 1978

التـــــــــــزام

ⵏⵣⵔⵉ ⴰⵏ ⵉⵙⵍⵙⵏ ⵖ ⵉⵙⵏⵏⴰⵓ ⵏ ⵜⴰⵏⵙⵙⵏⵜ, ⵇⴰⵙⵙ(ⴰ)

أنا الموقع (ة) أسفله السيد (ة) .....

ⵜⴰⵣⵓⵏⴰ ⵜⴰⵏⵇⵙⵓⵜ ⵙⵎⵎⵙⵏ :..... الحامل(ة) للوطنية رقم

ⵜⴰⵏⵙⵙ ⵏⵙ :..... الكائن(ة) بـ:

.....

ⵙⴰⵙ ⵏ (ⵜ)ⵍⴰⵣⵣⴰⵏ(ⵜ) :..... ولي(ة) أمر الطفل(ة)

ⵣⵏⵉⵖ ⵜⵙⵔⵔⴰ ⵇⴰⵎ ⵉⵖⵍⵍⴰⵏ ⵉⵏ ⴰⵏ ⵔⴰⵍⵙ ⵖ ⵜⵇⵙⵓⵏⵉⵜ ⵏ ⵜⵇⴰⵎⵉⵜ ⵜⴰⵇⵙⵓⵏⵉⵜ ⵜⴰⵏⵔⵔⵉⵜ ⵙⴰ

ⴰⴰⵏ ⵉⵇⵔⵔⵉⵏⵉ ⵖ ..... ⵏⵔⵓ ..... ⴰ ..... ⵖⵙⵛⵜ

20.....

ⴰ ⴰⵓ ⴰⵣⵣⴰⵖ ⵜⵙⵔⵔⴰ ⵇⴰⵎ ⵙⵍⴰⴰ ⵉⵙⵎⵣⵣⴰ ⵙⴰ ⵣⵣⵏⵉⵏⵉ ⵖ ⵙⵣⵏⵏⴰ ⵏ ⵜⵏⵣⵙⵏⵜ ⴰⵏ

أشهد أنني سمحت لطفلي أعلاه بالمشاركة في المخيم الصيفي لمنظمة تاماينوت المنظم ب..... ما بين ..... و ..... غشت 20.....

كما أشهد بصحة المعلومات أعلاه.

التوقيع ⵏⵙⵍⵙⵏ

ⵜⴰⵎⴰⵣⵉⵖⵜ ⵜⴰⵏⴰⵎⵓⵔⵜ
Organisation TAMAYNUT
منظمـــــة تامايـنـــــوت
Organisation non gouvernementale Amazighe Fédéral
Fondée en 1978

ⵜⴰⵏⴰⵎⵓⵔⵜ ⵜⴰⵏⴰⵎⵓⵔⵜ
Organisation TAMAYNUT
منظمـــــة تامايـنـــــوت
Organisation non gouvernementale Amazighe Fédéral
Fondée en 1978

ⵜⵓⵔⵉⵔⵜ ⵜⵎⵓⵔⵜ ⴰ ⵍⴰⵣⵣⴰⵍ
المعلومات الخاصة بالطفل

الاسم و النسب:..... ⵓⴰⵎⵓⵔ ⵏ ⵏⵉⵎⵓⵔⵏ

تاريخ ومكان الازدياد:..... ⵜⵣⵣⵜ ⵏ ⵙⵏⵢⴰ ⵏ ⵜⵏⴰⵔⵜ

المستوى الدراسي:..... ⴰⵎⵓⵍⴰⵣⴰ ⴰⵎⵎⴰⵙ

اسم الأب :..... ⴰⵎⵓⵔ ⵏ ⵄⴰⵄⴰ

مهنته ..... ⵜⴰⵍⵙⴰⵣ ⵏⴰ

ⵜⵓⵍⵉⵜ
الصورة

اسم الأم :..... ⴰⵎⵓⵔ ⵏ ⵜⴰ

مهنتها ..... ⵜⴰⵍⵙⴰⵣ ⵏⴰ

العنوان الشخصي : ..... ⵜⴰⵏⴰⵄⴰ :

الهاتف : ..... ⵜⵣⵏⵣⵏⵙⵉ:

ⵜⴰ ⴰⴰⵏ ⵔⵣⵏⵣ ⵙⵏⵔⴰⵏⵓⵜ ⵜⵣⵙⵣ ⵏⴰ ⵢ ⵣⵏⵏⴰ ⵓⴰ

الشخص الذي يمكن الاتصال به في حالة حدوث أي طارئ

الاسم و النسب : ..... ⴰⵎⵓⵔ

حكم القرابة ..... ⵜⴰ ⴰⴰ ⵣⵅⴰ

العنوان : ..... ⵜⴰⵏⴰⵄⴰ ⵏⴰ:

الهاتف..... ⵜⵣⵏⵣⵏⵙⵉ

ⵙⵜⵏⵣⵏ ⵣⵜⴰⵔⵔⴰ
معلومات عامة

ⵣⴰ ⵔⴰⵏ ⵜⵏⴰⵙⵜ ⵢ ⵓⴰⴰ ⵏ ⵜⵜⵇⵓⵣⵜ ⵔⴰⴰ ⵙⵓⵉ
هل سبق لكم أن شاركتم في إحدى المخيمات — نعم — لا

ⴰⵏⵢⴰⴰ..... ⴰⵓⵅⵅ"ⴰⵓ.....
المكان — السنة

ⴰⵏⵏⴰⵏ ⵏ ⵜⵏⵙⵓⵣ ⵏ ⵍⴰⵣⵣⴰⵍ .....
حالة الطفل الصحية

ⵣⴰ ⴰⵓ ⵣⵇⵜⵜⴰ ⵣⴰⴰⵎⴰⴰⵍ? — نعم — لا
هل يتناول بعض الأدوية؟

ⵜⴰⴰ ⵜⵅⴰ ? .....
ما هي؟

ⵜⵣⵜⵙⵄⴰⵍ ⵏⵏⵣ ⵜ ⵣⵍ ⵅⵣⴰ ⵣⵔⵔⴰⵍ ? .....
الأمراض السابقة؟

ⵜⵣⵅⵣⵣⵙⵔⵣⵍ ⵏⵏⵣ ⵣⴰⵔⴰ ? .....
التلقيحات المنجزة؟

ⵜⴰⵏ ⴰⴰ ⵣⴰⵔⴰⴰⵍ ⵜⵣⵍⵣⵣ ?.....
يشكو من الحساسية ضد