

طلب إفادة

رقم التلميذ:

الإسم الثلاثي للطالب: _____

محل وتاريخ الولادة: _____

طلب الإفادة مقدم إلى: _____

الإختصاص: إدارة معلوماتية تربية التصميم الجرافيكي

صحة عامة قياس النظر تغذية

السنة: الأولى الثانية الثالثة فرشحين

ماجستير TD

ذكر القسط السنوي: نعم لا أو الفصلي: نعم لا

تفاصيل أخرى: إنتساب متابعة إنهاء علامات شهادة Internship

ملاحظات: _____

الدا مور في: ____ / ____ / ____

توقيع مقدم الطلب: _____ | إشعار بموافقة الإدارة: _____