

Dear Practitioner,
Kindly fill out the following requirement and submit them in PDF format at the following E-mail:
admin@sfsm.org.sa

Note: Documents will be processed in Arabic or English (certified translation) only.

عزيزي/تي الممارس(ة) الصحي(ة).
تأمل تعبئة المتطلبات التالية ورفعها في ملف بصيغة PDF
على الإيميل: admin@sfsm.org.sa
ملحوظة: سوف يتم التعامل مع الوثائق باللغة العربية والانجليزية (ترجمة معتمدة فقط).

Background Information

معلومات أساسية

Name: الاسم:
Gender: الجنس:
Date of Birth: تاريخ الميلاد:
Nationality: الجنسية:
Specialty: التخصص:

A copy of the official documents

نسخة من الوثائق الرسمية

Mark (✓) in front of each requirement been attached:

1. Completed and signed form
2. General Sports Authority letter
3. Bachelor's degree
4. Last post-graduate certificate, if any
5. Theory course(s)
6. Practical course(s)
7. Experience certificate(s)
8. Any relevant document(s), if any
9. A copy of the site's decision

10. A copy of the site's decision

11. A copy of Saudi Commission for Health Specialties (SCFHS) card, if any

1. ضع علامة (✓) أمام كل مطلب تم إرفاقه.
2. استمارة التسجيل مكتملة وموقعة
3. خطاب وزارة الرياضة
4. شهادة البكالوريوس
5. آخر شهادة لدراسات عليا إن وجد
6. دورات نظرية
7. دورات عملية
8. شهادة خبرة
9. أي وثائق ذات علاقة إن وجد
10. صورة من قرار توثيق موقع
11. صورة من بطاقة الهيئة السعودية للتخصصات الصحية إن وجد

<https://securereg3.prometric.com>

<https://www.dfscfhs.com>

Attention:

Treating patients without acquiring a license from SCFHS is a crime in the Kingdom.

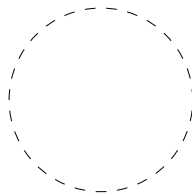
Declaration:

I hereby, confirms the accuracy of the data entered by me as well as accepts all liability arising from any error in the information above and for that I sign.

Signature: _____

Date: _____

Club\Federation\Sports center Stamp:



تنبيه

يعتبر علاج المرضى من دون أخذ تصريح الهيئة السعودية للتخصصات الصحية جريمة يعاقب عليها القانون في المملكة.

إقرار

أصادق هنا على صحة البيانات المدخلة من قبلي كما أتحمّل كامل المسؤولية الناجمة عن أي خطأ بالمعلومات المذكورة أعلاه وعلى ذلك أوقع.

التوقيع: _____

التاريخ: _____

ختم النادي/ الاتحاد/ المركز الرياضي

خاص بالاتحاد السعودي للطب الرياضي .. For Official Use Only

الرأي الفني

غير مؤهل

مؤهل