

١٠ - الاستمارات ونماذج الطلبات الرسمية المطلوبة

اجتماع مجلس جامعة الدول العربية على مستوى القمة الدورة العادية (٢١) ٣٠-٣١ مارس ٢٠٠٩ م

طلب التسجيل للوفود الرسمية

صورة شخصية

يمكن نسخ هذا الطلب عند الحاجة :

الرجاء إتمام جميع الأقسام وطباعتها بوضوح :

أرفق صورة من جواز سفرك أو بطاقتك الشخصية والصق صورة شخصية ملونة حجم ٢ × ٢ سم .

الاسم الأول :	
اسم العائلة :	
ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	
تاريخ ومكان الميلاد :	
الجنسية :	
الفئة (التأشير بعلامة X)	
رئيس الوفد :	رئيس الأمن :
وزير الخارجية :	رئيس المراسم :
كبار المسؤولين :	الأمن :
الوفد :	سكرتير تنفيذي :
ضيف مدعو :	مساعد :
لجنة إعداد :	
هاتف :	فاكس :
اللقب :	البلد / المنظمة الدولية :
رقم الجواز :	تاريخ ومكان الإصدار :

ترسل الطلبات قبل ١٥ مارس لمكتب التسجيل والاعتماد :

الدوحة ، قطر

هاتف : ٩٧٤ - ٤٤٣١٥٣٩

فاكس : ٩٧٤ - ٤٤٣٥٨٣٦

التاريخ : ..... / ..... / ٢٠٠٩ م

التوقيع : .....

## طلب التأشيرة للوفود الرسمية

صورة شخصية

اسم العائلة :		
الاسم الأول :		
تاريخ الميلاد :	مكان الميلاد :	
الجنسية :	الجنس :	
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى		
رقم رحلة الخطوط الجوية القادم عليها :	اسم شركة الطيران القادم عليها :	
رقم الجواز :	تاريخ الإصدار :	جهة الإصدار :
العنوان في الخارج :	رقم الهاتف :	
العنوان في دولة قطر:	رقم الهاتف :	
الجهة الرسمية في الدولة :	رقم الهاتف :	
العنوان :	رقم الفاكس :	
المنصب والمهمة :		
<input type="checkbox"/> رئيس وفد	<input type="checkbox"/> وزير خارجية	<input type="checkbox"/> كبار موظفين
<input type="checkbox"/> عضو وفد	<input type="checkbox"/> مراسم لرئيس الوفد	<input type="checkbox"/> أمن
تاريخ آخر زيارة لدولة قطر : .....		
التاريخ المحتمل للوصول لدولة قطر : .....		
التاريخ المحتمل للمغادرة : .....		

طلب تسجيل الرحلات الجوية ( الطائرات الخاصة )

البلد :
نوع الطائرة :
عدد طاقم الطائرة : .....
عدد الركاب : .....
مسار الرحلة : .....
نوع الوفود : .....
سعة احتياطي الوقود : .....
نوع الخدمات المطلوبة عند الهبوط : .....
تاريخ الوصول: .....
الوقت : .....
تاريخ المغادرة: .....
الوقت : .....
الجهة : .....

معلومات أخرى

الشخص المسؤول عن المعلومات المقدمة : .....
اللقب / المنصب : .....
التاريخ : .....
التوقيع: .....

## السجل الطبي

( جميع المعلومات المقدمة سرية )

رقم السجل الطبي :  
البلد :  
الاسم الأول :  
اسم العائلة :  
تاريخ الميلاد :  
فصيلة الدم :  
الإقامة خلال فترة القمة :

١ - تاريخ المشاكل الصحية ( ضع علامة X في المكان المناسب مع توضيح التفاصيل ) :

- |                           |  |
|---------------------------|--|
| ( )                       | ١/١ ضغط دم مرتفع .                             |
| ( )                       | ١/٢ ضغط دم منخفض .                             |
| ( )                       | ١/٣ غدد دهنية .                                |
| ( )                       | ١/٤ جلطة قلبية .                               |
| ( )                       | ١/٥ ذبحة صدرية .                               |
| ( )                       | ١/٦ أزمة (ربو) .                               |
| ( ) ما هو ؟               | ١/٧ مرض بالقلب .                               |
| ( )                       | ١/٨ ارتفاع الكوليسترول أو مستوى الدهون بالدم . |
| ( )                       | ١/٩ جلطة بالمخ .                               |
| ( )                       | ١/١٠ فقر دم موضعي بالدماغ .                    |
| ( ) ما هو ؟               | ١/١١ مرض مزمن بالجهاز التنفسي .                |
| ( )                       | ١/١٢ داء الصرع .                               |
| ( ) ما هو ؟               | ١/١٣ أية اضطرابات عصبية أو نفسية أخرى .        |
| ( ) ما هو ؟               | ١/١٤ مرض بالعين ، أو الأنف أو الأذن .          |
| ( ) هل تستخدم الأنسولين ؟ | ١/١٥ داء السكري .                              |
| ( ) أي دواء / أية أدوية ؟ | ١/١٦ الحساسية ضد الدواء .                      |
| ( ) أي طعام / أطعمة ؟     | ١/١٧ الحساسية ضد الأطعمة .                     |
| ( ) كم عدد المرات ؟       | ١/١٨ التهاب الكبد الوبائي .                    |

- ١/١٩ أمراض أخرى بالكبد .  
 ١/٢٠ اضطرابات بالجهاز الهضمي .  
 ١/٢١ عمليات جراحية .  
 ١/٢٢ اضطرابات بالأوعية الدموية .  
 ١/٢٣ حصوات بالمرارة .  
 ١/٢٤ حصوات بالكلية .  
 ١/٢٥ اضطرابات بالكلية ، بالمسالك البولية ، أو بالبروستاتا .  
 ١/٢٦ مرض نسوي .  
 ١/٢٧ فقر دم .  
 ١/٢٨ نزف غير طبيعي .  
 ١/٢٩ عدم كفاءة الشرايين .  
 ١/٣٠ دوالي الأوردة .  
 ١/٣١ اضطرابات الغدة الدرقية .  
 ١/٣٢ اضطرابات البنكرياس .  
 ١/٣٣ مرض نقص المناعة البشرية / الإيدز .  
 ١/٣٤ أمراض أخرى .
- ( ) ما هي ؟  
 ( ) ما هي ؟  
 ( ) ما نوعها / أنواعها ؟  
 ( ) ما هي ؟  
 ( )  
 ( )  
 ( ) ما هي ؟  
 ( ) ما هو ؟  
 ( )  
 ( )  
 ( )  
 ( )  
 ( )  
 ( )  
 ( )  
 ( ) منذ متى ؟  
 ( )

٢ - عادات مضرة :

- ٢/١ هل تدخن ؟  
 ٢/٢ هل تتعاطى المشروبات الكحولية ؟  
 ٢/٣ يوميًا ( )  
 ٢/٤ أحيانًا ( )  
 ٣ - الأدوية المستخدمة بانتظام :

الرقم	الدواء	الجرعة	عدد المرات	دائمًا	أحيانًا
١					
٢					
٣					
٤					
٥					
٦					
٧					
٨					
٩					

٤ - هل سيصحبك طاقم ؟ نعم لا

- اسم العائلة والاسم الأول :  
 مكان السكن :

الإعلان عن الأسلحة النارية  
الرقابة الأمنية

يجب تصوير هذا الطلب عند

( الرجاء الطباعة )

الحاجة

البلد :
الاسم الأول :
اسم العائلة :
اللقب / المنصب :
رقم الجواز :                      جهة الإصدار :                      تاريخ الإصدار :

السلاح :	الرقم المتسلسل :	مشبك الطلقات :
الماركة/الصنع :	العيار :	الذخيرة :

الشخص المسؤول عن تزويد هذه المعلومات :
اللقب / المنصب :
التاريخ :
التوقيع :

## إعلان ترددات الأجهزة

هذه الاستمارة مصممة لتزويد معلومات حول اتصالات الراديو المستخدمة من قبل الوفود :

البلد :

نوع المعدات :

يعمل مع معيد البث : نعم لا

القوة : مكان احتياج الذبذبة :

عدد مرات التشغيل :

عدد أجهزة الراديو المحمولة :

فترة الاستعمال :

مكان التشغيل :

معلومات أخرى ذات الصلة :

الشخص المسؤول عن تزويد المعلومات :

الصفة / المنصب : التوقيع :

التاريخ :

الهاتف :

الفاكس :



## طلب التأشيرة والتسجيل للإعلاميين

صورة شخصية

اسم العائلة :		
الاسم الأول :		
تاريخ الميلاد :	مكان الميلاد :	الجنس :
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى		
هل لديك جنسية أخرى ؟		ما هي ؟
رقم الجواز :	تاريخ الإصدار :	جهة الإصدار :
العنوان في الخارج :	رقم الهاتف :	
العنوان في دولة قطر:	رقم الهاتف :	
الجهة الإعلامية :	رقم الهاتف :	
العنوان :	رقم الفاكس :	
المنصب والمهمة :		
<input type="checkbox"/> صحافة رسمية	<input type="checkbox"/> مصور تلفزيوني	<input type="checkbox"/> مذيع
<input type="checkbox"/> صحافة مقروءة	<input type="checkbox"/> مصور فوتوغرافي	<input type="checkbox"/> أخرى
تاريخ آخر زيارة لدولة قطر : .....		
التاريخ المحتمل للوصول لدولة قطر : .....		
التاريخ المحتمل للمغادرة : .....		

\* ملحوظة هامة :

- ١ - على من يرغب بالمشاركة تقديم :
  - الطلب مع المعلومات المطلوبة .
  - ورقة رسمية من جهة التمثيل موقعة من مسؤولي تلك الجهة .
  - ٢ - عدد ٣ صورة شخصية حديثة حجم ٢ × ٢ .
  - ٣ - تفاصيل بقائمة المعدات التي سوف يحضرها إلى قطر للأغراض الإعلامية .

\* \* \* \* \*

\* تُرسل الطلبات إلى :

اللجنة الإعلامية [ - فاكس رقم : ٤٨٦٧٤٥٣  
- فاكس رقم : ٤٤٣٥٦٨٧

\* للاستفسار :

- هاتف : ٥٥٠٤٢٥٧

\* ملاحظة : التأخير في تقديم الطلب والوثائق الأخرى سوف يقود إلى تأخير التسجيل .