



جامعة المنصورة كلية الصيدلة إدارة رعاية الطلاب

تتقدم الكلية بالتهنئة للطلاب الجدد بمناسبة تقديم أوراقهم للالتحاق بالعام الدراسي الجديد

ويسعدنا دعوة طلابها الجدد لحضور اللقاء التعريفي للكلية بحضور كل من :

* السيدة الأستاذة الدكتور/ عميد الكلية

* السيدة الأستاذة الدكتور/ وكيل الكلية لشئون التعليم والطلاب

* السيد الأستاذ الدكتور / وكيل الكلية لشئون خدمة المجتمع وتنمية البيئة

* السيد الأستاذ الدكتور / وكيل الكلية للدراسات العليا والبحوث

وذلك يومالموافق/...../..... الساعة صباحا بمدرج رقم (.....) بمبنى

(.....) التعليمي

للتواصل : WWW.facebook.com/manspharma.welfare

Mansoura University Faculty of Pharmacy

إستمارة الأنشطة

UIF010303
REV. (1) 25 / 5 / 2009

اسم

01060956004 - 01003007484

0502200236 0502200242

Student Care 389@yahoo.com

manspharma.welfare



جامعة المنصورة كلية الصيدلة إدارة رعاية الطلاب

نموذج طلب تنفيذ نشاط للأسر الطلابية

السيد الأستاذ الدكتور / وكيل الكلية لشئون التعليم والطلاب

تحية طيبة وبعد ،،

: الأسرة المنظمة

: الموضوع
دورة تدريبية / ندوة / مؤتمر / ورشة عمل / موضوعات أخرى

: العنوان

: اليوم والتاريخ
الموافق : الساعة :

: مكان التنفيذ

: عدد المستفيدين

: الأهداف أو الأغراض

: برجاء التكرم بالموافقة على :

مع تعهدى بعدم إستخدام الصوتيات بالمعارض وفى حالة إستخدامها يتم إيقاف النشاط ونشاط الأسرة لنهاية العام

وتفضلوا بقبول وافر الاحترام

رائد الأسرة

مقرر الأسرة

(المدرج يسمح)

يعتمد

مدير الإدارة

وكيل الكلية لشئون التعليم والطلاب

إستمارات الانشطة

UIF010303
REV. (1) 25 / 5 / 2009

اسم

01060956004 - 01003007484

0502200236 0502200242

Student Care 389@yahoo.com

manspharma.welfare



جامعة المنصورة كلية الصيدلة إدارة رعاية الطلاب

نموذج طلب تنفيذ نشاط لإتحاد الطلاب بالكلية

السيدة الأستاذة الدكتور/ وكيل الكلية لشئون التعليم والطلاب

تحية طيبة وبعد ،،

إتحاد الطلاب :

الموضوع : دورة تدريبية / ندوة / مؤتمر / ورشة عمل / موضوعات أخرى

العنوان :

اليوم والتاريخ : الموافق : الساعة :

مكان التنفيذ :

عدد المستفيدين :

الأهداف أو الأغراض :

برجاء التكرم بالموافقة على :

مع تعهدى بعدم إستخدام الصوتيات بالمعارض وفى حالة إستخدامها يتم إيقاف النشاط ونشاط الأسرة
لنهاية العام

وتفضلوا بقبول وافر الاحترام

رئيس الإتحاد

أمين اللجنة

(المدرج يسمح)

مدير الإدارة

المشرف

إستمارات الأنشطة

UIF010303
REV. (1) 25 / 5 /2009

أسلمة

01060956004 - 01003007484

Student Care 389@yahoo.com

0502200236 0502200242

manspharma.welfare



جامعة المنصورة كلية الصيدلة إدارة رعاية الطلاب

استمارة اشتراك

في الأنشطة الطلابية للعام ٢ / ٢

صورة
شخصية

Mansoura University Faculty of Pharmacy

..... / الاسم

..... / الفرقة الدراسية

..... / رقم التليفون

..... / العنوان

..... / تاريخ الميلاد :

..... / رقم البطاقة :

..... / تاريخ وجهاة صدورها :

..... / الأنشطة التي سبق الاشتراك فيها :

..... / نوع النشاط :

..... / مشرف النشاط

..... / مدير رعاية الطلاب

..... / رقم المحمول /

إستمارة الانتسطة

UIF010303
REV. (1) 25 / 5 / 2009

اسمة

01060956004 - 01003007484

0502200236 0502200242

Student Care 389@yahoo.com

manspharma.welfare



جامعة المنصورة كلية الصيدلة إدارة رعاية الطلاب

إستمارة إشتراك

في المعسكر الصيفي بمدينة جمصة للعام الجامعي ٢٠ / ٢٠

صوره
شخصية

الإسم /

الفرقة الدراسية /

رقم المحمول /

العنوان /

الرقم القومي /

الأنشطة التي سبق الاشتراك بها

إقرار

أقر أنا الطالب / الفرقة :

بان التزم بتعليمات ولوائح المعسكر ولجنة الاشراف واننى مسئول عن نفسى مسؤلية كاملة فى الجولات الحرة خارج المعسكر وأيضا فى حالة ذهابى الى البحر دون ادى مسؤلية على الكلية وان اكون مثالا للانضباط والالتزام وصورة مشرفة للكلية وفقا للقيم والتقاليد الجامعية وفى حالة مخالفتى اكون معرضا للمساءلة القانونية

المقر بما فيه

إستمارة الأنشطة

UIF010303
REV. (1) 25 / 5 / 2009

اسمة

01060956004 - 01003007484

0502200236 0502200242



Student Care 389@yahoo.com



manspharma.welfare



جامعة المنصورة كلية الصيدلة إدارة رعاية الطلاب

نموذج لمسابقة الطالب المثالي لعام ٢٠

الترتيب	الاسم	السنة الدراسية	التحريري	التقدير	الإبداء والنظرة المستقبلية	سمات الشخصية	المعلومات العامة :				النشاط :				المجموع
							دينية - تاريخية علمية - الأحداث المحلية والعلمية				العلمي - الاجتماعي - الثقافي - الرياضي				
							٢٠				٢٠				
١															
٢															
٣															
٤															
٥															
٦															
٧															
٨															
٩															
١٠															

ملاحظات :

عميد الكلية

رئيس اللجنة

إستمارات الأنشطة

UIF010303
REV. (1) 25 / 5 / 2009

اسم

01060956004 - 01003007484

0502200236 0502200242

Student Care 389@yahoo.com

manspharma.welfare



جامعة المنصورة كلية الصيدلة إدارة رعاية الطلاب

نموذج تبديل سيكشن للطالب المشارك بنشاط

جامعة المنصورة
كلية الصيدلة
إدارة رعاية الطلاب



المسيد الأستاذ الدكتور/ رئيس مجلس قسم

نتشرف بالعلم بأن الطالب / الفرقة /

مشارك في نشاط /

لذا نرجو التفضل بتبديل المعمل من يوم الساعة إلى يوم الساعة

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،

يعتمد ،،

عميد الكلية

رئيس رعاية الطلاب

أخصائي النشاط

Mansoura University Faculty of Pharmacy

إستمارات الانشطة

UIF010303
REV. (1) 25 / 5 / 2009

اسمعة

01060956004 – 01003007484

0502200236 0502200242



Student Care 389@yahoo.com



manspharma.welfare

جامعة المنصورة كلية الصيدلة إدارة رعاية الطلاب



استمارة ترشيح للطلاب والطالبة المثالية
للعام الأكاديمي ٢ / ٢

صورة
شخصية

البيانات الأولية:

الاسم:
تاريخ الميلاد:
الجنسية:
الديانة /
اسم ولي الأمر:
صلته بالطلاب:
المهنة:
رقم التليفون:
عنوان الطالب:
النشاط الذي يمارسه الطالب
داخل الكلية أو الجامعة:

اللغة الأجنبية التي يجيدها:
المهارات التي يجيدها الطالب:

بيانات شؤون الطلاب:

تاريخ الالتحاق:
تقدير الطالب عن العام الماضي:
السنة الدراسية:

مدير إدارة شؤون الطلاب

رأي رعاية الطلاب:

مدير إدارة رعاية الطلاب

المشرف

رأي اللجنة:

رئيس اللجنة

توقيع اللجنة

إستمارة الأنشطة

UIF010303
REV. (1) 25 / 5 / 2009

إسماء

01060956004 - 01003007484

0502200236 0502200242



Student Care 389@yahoo.com



manspharma.welfare



جامعة المنصورة كلية الصيدلة إدارة رعاية الطلاب

مشروع خطة النشاط الطلابي في الفترة من إلى

م	بيان بالمشروعات والأنشطة	المستفيدون			التنفيذ				هيئة الإشراف			الميزانية المقترحة	
		المجموع	إناث	ذكور	المكان	المدة		إداري	تعليمي	اجتماعي	المجموع	باب	باب
						من	إلى					أول	ثان
١													
٢													
٣													
٤													
٥													
٦													
٧													
٨													
٩													
١٠													

وكيل الكلية لشئون التعليم والطلاب

مدير إدارة رعاية الطلاب

Mansoura University Faculty of Pharmacy

إستمرات الأنشطة

UIF010303
REV. (1) 25 / 5 / 2009

اسم

01060956004 - 01003007484

0502200236 0502200242



Student Care 389@yahoo.com



manspharma.welfare



جامعة المنصورة كلية الصيدلة إدارة رعاية الطلاب

طلب حجز قاعة محاضرات (مدرج) لعقد نشاط / برنامج

السيد الاستاذ الدكتور / وكيل الكلية لشئون التعليم و الطلاب ,
تحية طيبة و بعد ,

اللجنة المنظمة :

الموضوع : دورة تدريبية / ندوة / مؤتمر / ورشة عمل / موضوعات أخرى (.....)

العنوان :

اليوم و التاريخ :

عدد المستفيدين :

الأهداف أو الأغراض :

اسم المسئول عن ادارة المنصة :

التكنولوجيا المطلوبة :

- | | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|----|--------------------|
| ● استخدام نظام عرض الفيديو | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | لا | (يشمل الكمبيوتر) |
| ● استخدام نظام الصوتيات | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | لا | |
| ● الإنترنت | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | لا | |
| ● تطبيقات خاصة | | | | | |

ونتعهد بالالتزام بالتعليمات الآتية :

- عدم تركيب أو إضافة أو فصل أي أجهزه أو ملحقات إلا بعد التنسيق مع إدارة تكنولوجيا المعلومات
- ممنوع صعود المنصة لأي شخص ماعدا المسئول عن إدارة المنصة أو حسب الجدول الزمني للنشاط /البرنامج المعتمد
- في حالة مخالفة التعليمات سيتم إيقاف النشاط وما يتبعه من أنشطه ولمدة تتناسب مع جسامة المخالفة

وتفضلوا بقبول وافر الاحترام

أمين اللجنة

مكان التنفيذ :

المشرف

وكيل الكلية لشئون التعليم والطلاب

مدير الإدارة

نسخة إلى إدارة تكنولوجيا المعلومات :

ملحوظة : لا بد من التأكد من خلو القاعة من أي محاضرات أو ندوات في الفترة المحدده

إستمارة الأنشطة

UIF010303
REV. (1) 25 / 5 / 2009

إسامة

01060956004 - 01003007484

0502200236 0502200242

Student Care 389@yahoo.com

manspharma.welfare



جامعة المنصورة كلية الصيدلة إدارة رعاية الطلاب

إقرار اشتراك الطالب في رحلة

صوره

شخصية

أقر أنا الطالب/..... المستوى /

مشارك في رحلة الكلية لمدينة () التزم بتعليمات لجنة الإشراف واننى مسنول عن نفسى مسنولية كاملة فى الجولات الحرة دون ادنى مسنولية على الكلية وان اكون مثالا للانضباط والالتزام وصورة مشرفة للكلية وفقا للقيم والتقاليد الجامعية وفى حالة مخالفتى اكون معرضا للمساءلة القانونية

وهذا اقرار منى بذلك ,,

المقر بما فيه

...../الاسم

رقم الموبايل :

...../التوقيع



Mansoura University Faculty of Pharmacy

إستمارات الأنشطة

UIF010303
REV. (1) 25 / 5 /2009

اسمة

01060956004 - 01003007484

0502200236 0502200242

Student Care 389@yahoo.com

manspharma.welfare



جامعة المنصورة كلية الصيدلة إدارة رعاية الطلاب

إقرار عن تنفيذ نشاط

أقرأ أنا الطالب/

بان التزم بتعليمات ولوائح الكلية وتعليمات موافقة السيد الاستاذ الدكتور / نائب رئيس الجامعة والسيدة الاستاذة
الدكتور/ عميد الكلية بشأن اليوم الترفيهي والحفل الخاص يوم دون ادنى مسنولية على الكلية
وان اكون مثالا للانضباط والالتزام وصورة مشرفة للكلية وفقا للقيم والتقاليد الجامعية وفي حالة مخالفتي اكون
معرضا للمساءلة القانونية

المقرب بما فيه

Mansoura University Faculty of Pharmacy

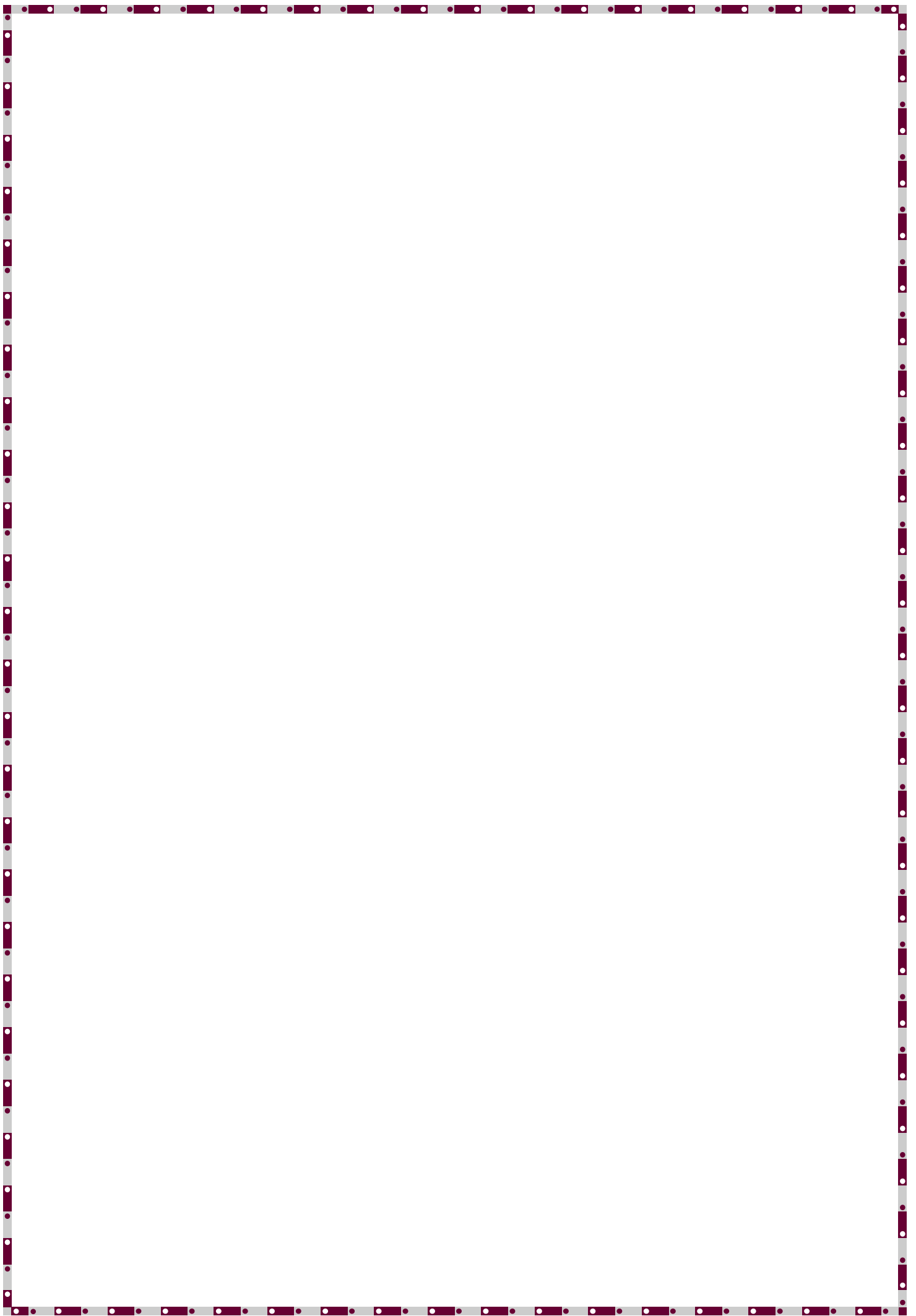
إستمرات الأنشطة

UIF010303
REV. (1) 25 / 5 /2009

اسلمة

01060956004 - 01003007484
0502200236 0502200242

Student Care 389@yahoo.com
manspharma.welfare





جامعة المنصورة كلية الصيدلة إدارة رعاية الطلاب



جامعة المنصورة
كلية الصيدلة
صندوق التكافل الإجتماعى

Mansoura University Faculty of Pharmacy

السيد الاستاذ الفاضل / مدير الوحدة المحلية

تحية طيبة وبعد ،،،

نرجو من سيادتكم التكرم بموافقاتنا ببحث إجتماعى لولى أمر

..... / الطالب

..... / والمقيد بالفرقة الدراسية

وتفضلوا بقبول وافر الاحترام ،،

مدير الادارة

الاخصائى الاجتماعى

إستمارة الامتطة

UIF010303
REV. (1) 25 / 5 / 2009

اسامة

☎ 01060956004 - 01003007484

☎ 0502200236 ☎ 0502200242

✉ Student Care 389@yahoo.com

f manspharma.welfare



جامعة المنصورة كلية الصيدلة إدارة رعاية الطلاب

كشف بأسماء الطلاب المشتركين في نشاط

Mansoura University Faculty of Pharmacy

رقم التليفون	المستوى	الاسم	ر
			١
			٢
			٣
			٤
			٥
			٦
			٧
			٨
			٩
			١٠
			١١
			١٢
			١٣
			١٤
			١٥
			١٦
			١٧
			١٨
			١٩
			٢٠
			٢١
			٢٢
			٢٣
			٢٤
			٢٥

إستمارة الإمتحانة

UIF010303
REV. (1) 25 / 5 / 2009

اسم

01060956004 - 01003007484

0502200236 0502200242

Student Care 389@yahoo.com

manspharma.welfare



جامعة المنصورة كلية الصيدلة إدارة رعاية الطلاب

استمارة اشتراك نشاط في المجال المسرحي

للعام الجامعي/.....

صوره

شخصية

Mansoura University Faculty of Pharmacy

الاسم :
الفرقة الدراسية :
رقم التليفون :
العنوان :
تاريخ الميلاد :
رقم البطاقة :
اسم الدور في المسرحية :

إقرار

أقر أنا الطالب / المستوى /

باننى ملتزم بأداء دورى فى العرض المسرحى (مهاجر بريسيان) الذى تشارك به الكلية ضمن فعاليات المهرجان المسرحى الطلابى للفصل الدراسى الأول للعام الجامعى ٢٠٢٠/٢٠١٩ دون تعديل أو اضافة أو تجريح أو تلميح بالاشارة الى رموز سياسية او دينية مع الالتزام بالاداب والتقاليد الجامعية والانحة المنظمة للمهرجان وفى حالة المخالفة يتم مساءلتى قانونيا دون ادنى مسئولية على هيئة الاشراف او ادارة الكلية.

وهذا اقرارمنى بذلك,,

المقر بما فيه

الطالب /

إستمارة الانشطة

UIF010303
REV. (1) 25 / 5 / 2009

اسامة

01060956004 – 01003007484

0502200236 0502200242

Student Care 389@yahoo.com

manspharma.welfare