

بسم الله الرحمن الرحيم



المملكة العربية السعودية
وزارة الداخلية
الأمن العام
الإدارة العامة للمرور
إدارة مرور

٦ × ٤

نموذج رخص قيادة

نوع الإجراء	إصدار	تجديد	استبدال	نوع الرخصة
الاسم الرباعي :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تاريخ الميلاد :
رقم الحاسب :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هاتف المنزل :
المهنة :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هاتف العمل :
العنوان :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ص.ب : الرمز البريدي :
اسم الكفيل :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هاتف المنزل :
العنوان :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هاتف العمل :
مؤهل القيادة السابق إن وجد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تاريخ الإصدار : مكان الإصدار :
نتيجة فحص الأبصار	ناجح بدون قيود <input type="checkbox"/>	غير مؤهل <input type="checkbox"/>	لساعات النهار فقط <input type="checkbox"/>	بالنظارة <input type="checkbox"/>
اسم الفاحص	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التوقيع والتاريخ <input type="checkbox"/>
نتيجة الكشف الطبي	ناجح بدون قيود <input type="checkbox"/>	غير مؤهل <input type="checkbox"/>	سيارة أوتوماتك <input type="checkbox"/>	طرف اصطناعي <input type="checkbox"/>
رقم الكشف الطبي	سماعة أذن <input type="checkbox"/>	سيارة خاصة بالمعوقين <input type="checkbox"/>	الجهة الفاحصة <input type="checkbox"/>	فصيلة الدم <input type="checkbox"/>
اسم الطبيب	<input type="checkbox"/>	التوقيع والتاريخ <input type="checkbox"/>	الختم <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
نتيجة اختبار القيادة	ناجح <input type="checkbox"/>	إعادة اختبار <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
مدير لجنة الاختبار	الاسم <input type="checkbox"/>	التوقيع والتاريخ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
رسوم الرخصة	القيمة <input type="checkbox"/>	رقم الإيصال <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
مدخل المعلومات	الاسم <input type="checkbox"/>	التوقيع والتاريخ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>