



نموذج طلب تأجيل دراسة
Postponed Semester Request Form

Name in English ١	First Name										Father Name										
	Grandfather Name										Family Name										
Name In Arabic											GPA	Out of									
College											Department										
Region											Academic No.										
ID No.											Mobile No.										
Badge No.											Email										
POSTPONED SEMETER											Semester Start Date										

Student's Signature
Date : / /

Department Director
Signature: _____
Date: _____

Disapproved / Approved

Dean's College
Signature: _____
Date: _____

Disapproved / Approved

Dean's Postgraduate Education
Signature: _____
Date: _____

Disapproved / Approved

Postponed Semester's Conditions:

1. Pass one semester or more.
2. The total period of the delay shouldn't exceed (4) semesters (2 years).
3. Postponed semester applying should be 2 weeks before the semester begin.
4. The duration of delay are not accounted within the maximum duration of classes.

شروط تأجيل الدراسة:

١. أن يكون الطالب قد اجتاز فصلاً دراسياً أو أكثر .
٢. إلا يتجاوز مجموع مدة التأجيل (٤) فصول دراسية (سنتين دراسيتين).
٣. أن يتقدم بطلب التأجيل قبل بداية الفصل الدراسي بما لا يقل عن أسبوعين.
٤. لا تحتسب مدة التأجيل ضمن الحد الأقصى لمدة الحصول على الدرجة.