**الطلب رقم 1 (يجب تعبئته من قبل الشخص الذي يتم الاتصال به)**

الكنية (اسم العائلة) والاسم الأول للسجين\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

معلومات الشخص الذي يتم الاتصال به (بأحرف كبيرة)

|  |  |
| --- | --- |
|  | الكنية (اسم العائلة): |
|  | الاسم الأول: |
| live:cid. | اسم المستخدم في تطبيق سكايب (Skype) |
|  | عنوان البريد الكتروني: |
|  | رقم الهاتف: |

المشاركون الإضافيون

[ ]  الأطفال (بحد أقصى 3)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| العنوان | تاريخ الميلاد  | الاسم، الكنية (اسم العائلة) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

[ ]  كبار السن (بحد أقصى 1)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| العنوان | تاريخ الميلاد  | الاسم، الكنية (اسم العائلة) |
|  |  |  |

إثبات عدم الممانعة:

لقد قرأت وفهمت الشروط والأحكام المدرجة لخدمة الاتصال عبر تطبيق سكايب (Skype). أنا أوافق على شروط الاستخدام. يمكنني إلغاء إقرار موافقتي كتابةً في أي وقت.

……………………………………………………….

المكان /التاريخ /التوقيع