

بسمه تعالی

فرم ثبت نام دانشجویان جدید الورد

شماره داوطلبی:	رشته:	مقطع: <input type="checkbox"/> کاردانی <input type="checkbox"/> کارشناسی ناپیوسته <input type="checkbox"/> کارشناسی پیوسته <input type="checkbox"/>	دوره: <input type="checkbox"/> روزانه <input type="checkbox"/> شبانه <input type="checkbox"/>
----------------	-------	--	---

الف: مشخصات فردی

۱- نام:	۲- نام خانوادگی:	۳- نام پدر:
۴- تاریخ تولد: روز	ماه	سال
۵- محل تولد:	روستا	شهر
استان		
۶- شماره شناسنامه:	۷- محل صدور شناسنامه:	حوزه
شهر	شهر	استان
۸- تاریخ صدور: روز	ماه	سال
۹- شماره ملی:		
۱۰- تابعیت:	۱۱- دین: اسلام (<input type="checkbox"/> شیعه <input type="checkbox"/> سنی <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> مسیحی <input type="checkbox"/> کلیمی <input type="checkbox"/> زرتشتی <input type="checkbox"/>	
۱۲- بومی: <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/> سمنان <input type="checkbox"/> شاهرود <input type="checkbox"/> گرمسار <input type="checkbox"/> دامغان <input type="checkbox"/> میامی <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> غیربومی:		

ب: سوابق تحصیلی

دیپلم: <input type="checkbox"/> فنی نظام قدیم <input type="checkbox"/> فنی و حرفه ای <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> کاردانش <input type="checkbox"/> علوم تجربی <input type="checkbox"/> علوم ریاضی <input type="checkbox"/> علوم انسانی <input type="checkbox"/>			
رشته تحصیلی: _____	معدل: _____	ماه و سال فراغت از تحصیل: _____	از هنرستان / دبیرستان: _____
شهر: _____	استان: _____		

ج: وضعیت استفاده از سهمیه پذیرش

۱- شاهد <input type="checkbox"/>	۲- ایثارگر <input type="checkbox"/>	۳- خانواده شهید و ایثارگر <input type="checkbox"/>	شماره پرونده: _____
----------------------------------	-------------------------------------	--	---------------------

د: وضعیت جسمانی

۱- سالم <input type="checkbox"/>	۲- جانباز <input type="checkbox"/>	۳- معلول حرکتی <input type="checkbox"/>	۴- نیمه شنوا <input type="checkbox"/>	۵- ناشنوا <input type="checkbox"/>	۶- نیمه بینا <input type="checkbox"/>	۷- نابینا <input type="checkbox"/>
۸- سایر نقص عضوها (با ذکر نوع) <input type="checkbox"/>						

ه: وضعیت شغلی

۱- فاقد شغل <input type="checkbox"/>	۲- شاغل <input type="checkbox"/>	نام اداره/ موسسه/ سازمان:		
منطقه:	شهر:	استان:	پست سازمانی:	تلفن محل کار:
آدرس محل کار:				

و: سایر اطلاعات شخصی

۱- وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/>	متاهل <input type="checkbox"/>	(شغل همسر:	تعداد فرزندان: (
۲- تعداد افراد تحت تکفل:			
۳- شغل پدر:	۴- شغل مادر:	۵- تعداد برادرخواهر:	
۶- آدرس محل سکونت والدین (خانواده) دانشجو:			
۷- کدپستی:	۸- تلفن و کد مربوطه:	۹- تلفن همراه پدر:	۱۰- تلفن همراه مادر:
۱۱- آدرس محل سکونت فعلی دانشجو:			
۱۲- کدپستی:	۱۳- تلفن و کد مربوطه:	۱۴- تلفن همراه دانشجو:	
۱۵- تلفن تماس مواقع ضروری:	کدشهرستان:	بنام:	نسبت با دانشجو:
۱۶- آیا خانواده شما تحت پوشش سازمان های حمایتی می باشد؟			
نام سازمان:	کمپته امداد امام <input type="checkbox"/>	بهبزیستی <input type="checkbox"/>	سایر (با ذکر نام): <input type="checkbox"/>
		خیر <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/>
			شماره پرونده:

اینجانب متعهد می شوم در صورت تغییر نشانی آدرس محل سکونت جدید را سریعاً به اداره آموزش مرکز اعلام نمایم.

نام و نام خانوادگی:

امضا:

تاریخ: