ترم: مقطع: رشته: نام و نام خانوادگی: شماره دانشجوئی:

**مشخصات:** نام پدر: شماره شناسه و کد ملی: تاریخ تولد: عکس

**دین:** اسلام ارمنی زرتشتی مسیحی یهودی **مذهب :** شیعه سنی

**استفاده از :** سیستم های حمایتی دولتی کمیته امداد بهزیستی **کد مددجویی:** ..................................................

**وضعیت ایثارگری:** فرزند شهید جانباز ایثارگر فرزند جانباز فرزند ایثارگر کد بنیاد...............................................................

**وضعیت فعالیت در بسیج :** عضو فعال عضو عادی مدت عضویت در بسیج.............................. مسئولیت در بسیج پایگاه: .......................................

**آدرس شهرستان محل سکونت:**

استان: ................شهرستان................................................................................................................................................................................................................................................... تلفن همراه:............................................. کد تلفن شهرستان:............................. تلفن تماس منزل:................................................... تلفن تماس ضروری یکی از بستگان نزدیک :.................................................................. تغییر آدرس...........................................................................................................................................................................................................

**وضعیت خانوادگی :**

**سرپرست خانواده :** پدر مادر دانشجو سایر:..................... تعداد برادر: ...................... در تعداد خواهر: ..........................

آدرس محل کار سرپرست خانواده : .............................................................................................................................. تلفن محل کار سرپرست خانواده: .................................................

خانواده کامل طلاق زندگی با پدر طلاق زندگی با مادر فوت پدر فوت مادر سایر موارد: ..................................................................

**وضعیت سلامت:**

نوع بیماری خاص گزارش شده توسط دانشجو: ........................................................................................................................................................................................

در صورت استفاده از دارو نوع داروی مصرفی: ...........................................................................................................................

بیماری های خانوادگی: نام:.................................................................... تاریخ ابتلا: ............................ نام:............................................... تاریخ ابتلا: .........................................

عملکرد هم ثبت دانشجو به صورت خلاصه:

در صورت تغییر آدرس و شماره تلفن ن در طول دوره دانشجویی خلاصه در این قسمت ثبت شود.

.......................................................................................................................................