



وزارت علوم ، تحقیقات و فناوری  
مؤسسه آموزش عالی غیر انتفاعی پارسا

فرم ثبت نام

اطلاعات فردی :

نام خانوادگی :	نام پدر :	نام :
محل تولد :	جنسیت : مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>	تاریخ تولد :
کد ملی :	وضعیت تأهل : مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/>	شماره شناسنامه :
دین :	مذهب :	تعداد فرزند :
معلول <input type="checkbox"/> معلول یا ضایعه یا معلولیت :		وضعیت جسمانی دانشجوی : سالم <input type="checkbox"/> معلول <input type="checkbox"/>
در صورت شاغل بودن نوع و محل شغل را قید نمایید :		شاغل هستید : بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
شهر :		محل سکونت دائم : استان :
		آدرس محل سکونت :
تلفن محل سکونت :	تلفن همراه :	آدرس الکترونیکی :

اطلاعات تحصیلی :

مقطع تحصیلی :	رشته قبولی در مؤسسه :
سال ورود :	وضعیت دانشجوی : عادی <input type="checkbox"/> انتقالی <input type="checkbox"/> مهمان <input type="checkbox"/>
نیمسال ورود : مهر <input type="checkbox"/> بهمن <input type="checkbox"/>	دانشگاه یا مؤسسه آموزش عالی مبدأ (مخصوص دانشجویان مهمان و انتقالی) :
تاریخ شروع به تحصیل :	شماره دانشجویی دانشگاه مبدأ :
معدل :	مقطع تحصیلی قبلی :
رشته تحصیلی قبلی :	نام محل تحصیل در مقطع قبلی :
تاریخ اخذ مدرک در مقطع قبلی :	

اطلاعات همسر دانشجو :

نام خانوادگی :	نام پدر :	نام :
شماره شناسنامه :	وضعیت : خانه دار <input type="checkbox"/> شاغل <input type="checkbox"/>	تاریخ تولد :

اطلاعات فرزندان دانشجو :

نام	نام خانوادگی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد
-----	--------------	----------------	------------


اطلاعات خانوادگی دانشجو :

وضعیت پدر : فوت کرده  از کار افتاده  بازنشسته  شاغل  متولد سال .....  
 در صورت شاغل بودن پدر نوع و محل شغل :  
 وضعیت مادر : فوت کرده  از کار افتاده  بازنشسته  شاغل   
 در صورت شاغل بودن مادر نوع و محل شغل :  
 تعداد فرزندان تحت تکفل خانواده :  
 تعداد فرزندان شاغل به تحصیل خانواده :  
 دانشجو تحت پوشش کدام مرکز می باشد : کمیته امداد  بهزیستی  سایر مراکز  هیچکدام   
 وضعیت اجتماعی خانواده دانشجو : شهدا  جانبازان  ایثارگران  آزادگان  مفقودالامر  هیچکدام   
 اگر جزء خانواده های شاهد و ایثارگر می باشید فرم شماره ۷ را حتماً تکمیل نمایید.

اطلاعات نظام وظیفه : (خواهران نیاز به تکمیل این قسمت ندارند)

وضعیت خدمت وظیفه : انجام نشده  انجام شده  معافیت پزشکی  معافیت کفالت  سایر معافیت ها   
 در حال انجام خدمت   
 اگر معاف می باشید نوع معافیت : دائم  موقت   
 اگر در حال انجام خدمت هستید تاریخ شروع آن را قید فرمایید :  
 مهر و امضاء مسئول نظام وظیفه

اطلاعات محل سکونت دانشجو :

وضعیت : بومی  غیر بومی   
 ساکن خوابگاه دانشجویی : خودگردان  غیر خودگردان  ساکن غیر خوابگاه : استیجاری  سایر   
 آدرس محل سکونت :

امضاء مسئول ثبت نام :

امضاء مسئول دریافت مدارک :

امضاء دانشجو :