

پرسشنامه اطلاعات فردی دانشجوی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اهواز

نام دانشکده: رشته تحصیلی: مقطع تحصیلی: سال ورود:
نام و نام خانوادگی: شماره دانشجویی: تاریخ تولد:
وضعیت تاهل: تعداد فرزندان:
آدرس و محل سکونت خانواده:
رشته تحصیلی دوران متوسطه: معدل مقطع دوازدهم: سال پایان دوره دبیرستان:
نوع سهمیه قبولی: سابقه انصراف یا تغییر رشته (اگر پاسخ مثبت است لطفا رشته و وضعیت دقیق را به صورت مختصر بنویسید):
نوع مدرک، سال و دانشگاه محل اخذ مدرک کاردانی و یا کارشناسی:

مشخصات اعضای خانواده

نام و نام خانوادگی	نسبت	سن	میزان تحصیلات	شغل

فعالیت های اوقات فراغت:

استعداد یا توانمندی های خاص:

استعمال سیگار و مواد مخدر:

حوادث مهم زندگی:

مشاغل در طی زندگی:

وضعیت اقتصادی دانشجوی:

شماره تلفن همراه دانشجو:

شماره تلفن همراه والدین: