

بسمه تعالی

دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی دپارتمان آموزشی کودکان استثنایی

تاریخ تکمیل فرم

شماره دانشجویی.....

مشخصات فردی دانشجویان دوره رشته.....

نام..... نام خانوادگی..... نام پدر.....

شماره شناسنامه..... محل صدور..... تاریخ تولد. روز ماه سال..... وضعیت تاهل

..... محل تولد : دهستان شهر استان آخرین مدرک تحصیلی

..... رشته تحصیلی تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی..... محل اخذ آخرین مدرک

تحصیلی..... از دانشگاه نمره معدل.....

..... انگیزه انتخاب این رشته

.....

آیا آشنایی با کودک استثنایی دارید؟ این آشنایی از چه طریقی است؟.....

.....

آدرس محل سکونت فعلی ، شماره تلفن ثابت و همراه

.....

آدرس محل و شماره تلفن بستگان نزدیک (حداقل دو مورد)

.....

مشخصات شغلی (در صورت شاغل بودن)

سازمان متبوع..... سوابق شغلی سمت فعلی..... محل کار (با ذکر آدرس

و تلفن).....

سوابق تحقیقاتی (پایان نامه)

سابقه نگارش کتاب یا درج مقاله

.....

Email:.....

صحت مندرجات فوق و کلیه اطلاعات مندرج در فرم مورد تایید اینجانب می باشد

امضاء دانشجو