



טופס הרשמה למכינת רפואה

שם פרטי	שם משפחה קודם	שם משפחה

באותיות עבריות
באותיות לטיניות

מס' תעודת זהות: _____
כתובת: _____

שכונה _____ מס' בית _____ רחוב _____

מיקוד _____ ישוב _____

טלפון בעבודה: _____

טלפון: _____

נייד: _____

E-mail: _____

מצב משפחתי: 1. רווק/ה 2. נשוי/אה 3. אלמן/ה 4. גרוש/ה

שנת לידה: _____

ארץ לידה: _____ שנת עליה: _____ אזרחות: _____

שם האב: _____ מקום לידת האב: _____

שם האם: _____ מקום לידת האם: _____

שם ביה"ס התיכון: _____

סוג ביה"ס: 1. עיוני 2. עיוני דתי 3. מקיף 4. מקצועי 5. חקלאי 6. ישיבה תיכונית 7. חו"ל 8. אחר _____

שנת סיום תיכון: _____ ממוצע בגרות: _____ מס' שנות לימוד: _____

ציון פסיכומטרי: _____ תואר ראשון: _____

מוסד אקדמי: _____ ממוצע: _____ שנת סיום: _____

עובד/ת בר אילן בן/בת של עובד: _____

תאריך _____ חתימה _____

לשימוש משרדי: הגשת מסמכים - טפסי רישום תקנון שכ"ל צילום ת.ז.

גיליון ציונים תואר דמי פנייה

החלטות - קבלה דחייה

הפסקת לימודים בתאריך _____