



טופס הרשמה למכינת רפואה

שם פרטי	שם משפחה קודם	שם משפחה

באותיות עבריות
באותיות לטיניות

מס' תעודת זהות: _____

כתובת: _____
רחוב _____ מס' בית _____ שכונה _____

ישוב _____ מיקוד _____

טלפון: _____ טלפון בעבודה: _____
נייד: _____

E-mail: _____

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 שכי"ל צילום ת.ז.
 גיליון ציונים תואר דמי פנייה
החלטות- קבלה דחייה
 הפסקת לימודים בתאריך _____