

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:

Личная карточка абитуриента высшего образования
АНО ВО «Академия социального образования»

Фамилия: Зульфия Шамильевна	
Имя: Зульфия Шамильевна	
Отчество: Шамильевна	
Дата подписания: 28.05.2026 14:11:31	
Код и наименование Направления подготовки: _____ c4bec21e4bef9c8aa74c9aa47db2a7ca8c06dd56	
Форма обучения: <input type="checkbox"/> платная (договор 2-хсторон, 3-хсторон)	Отделение: <input type="checkbox"/> очное <input type="checkbox"/> заочное <input type="checkbox"/> очно-заочное
Иностранный язык: <input type="checkbox"/> Английский <input type="checkbox"/> Немецкий <input type="checkbox"/> Французский <input type="checkbox"/> Др. язык (_____)	
Средний бал аттестата: _____	
Дата, месяц и год рождения	Пол: <input type="checkbox"/> муж <input type="checkbox"/> жен
Гражданство:	Национальность:
Семейное положение: <input type="checkbox"/> холост/незамужем <input type="checkbox"/> женат/замужем	Военнообязан (а): <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Адрес прописки: _____	
Адрес фактического проживания: _____	
Телефон домашний:	Телефон сотовый:
E-mail: _____	
Окончил (а): _____ _____ _____	Год окончания: _____
<input type="checkbox"/> Медаль <input type="checkbox"/> Победитель всероссийских олимпиад <input type="checkbox"/> Аттестат с отличием <input type="checkbox"/> Диплом с отличием	
Сдавал: <input type="checkbox"/> ЕГЭ	Год: _____
Сдаю вступительные испытания в виде тестирований <input type="checkbox"/> Сдаю вступительные испытания в виде собеседования <input type="checkbox"/>	
Нуждаюсь в общежитии: <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Нуждаюсь в наблюдении врача по состоянию здоровья: <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Сведения о родителях: (если сведения об одном или обоих родителях отсутствуют, указать причину: разведены, умер, неизвестен и т.д.)	
Отец:	
ФИО:	_____
Адрес:	_____
Место работы (где, кем):	_____
Телефон:	домашний: _____ рабочий: _____ сотовый: _____
Мать:	
ФИО:	_____
Адрес:	_____
Место работы (где, кем):	_____
Телефон:	домашний: _____ рабочий: _____ сотовый: _____
Кол-во детей в семье (до 18 лет, студенты - братья и сёстры абитуриента, включая самого абитуриента): _____	

Категории льгот: (отмечать при наличии соответствующих документов)	
Инвалидность:	<input type="checkbox"/> 1 группа <input type="checkbox"/> 2 группа <input type="checkbox"/> инвалид с детства <input type="checkbox"/> дети-инвалиды
Сироты, не достигшие 18-летнего возраста	<input type="checkbox"/> дети-сироты <input type="checkbox"/> с опекуном <input type="checkbox"/> без опекуна
	<input type="checkbox"/> дети, оставшиеся без попечения родителей <input type="checkbox"/> воспитанники детских домов (интернатов)

Дополнительные сведения: (отмечать при наличии соответствующих документов: справка об инвалидности и другие)	
<input type="checkbox"/> Инвалид 3-й группы	<input type="checkbox"/> сирота старше 18 лет
<input type="checkbox"/> многодетная семья	<input type="checkbox"/> малообеспеченная семья <input type="checkbox"/> неполная семья
<input type="checkbox"/> родители-инвалиды	<input type="checkbox"/> родители пенсионеры <input type="checkbox"/> не работающие родители
Примечание: _____	

Внимание! Абитуриент несет ответственность за достоверность представленной информации.

Дата заполнения: « _____ » _____ 20 _____ г.

Подпись абитуриента: _____

Подпись тех.секретаря: _____