

**АНПОО «АКАДЕМИЧЕСКИЙ КОЛЛЕДЖ»  
АНКЕТА ПОСТУПАЮЩЕГО**

место  
для  
фото

Фамилия			
Имя			
Отчество			
Дата и место рождения	число	месяц	год
Пол	<input type="checkbox"/> мужской		<input type="checkbox"/> женский

**УСЛОВИЯ ОБУЧЕНИЯ в АНПОО «Академический колледж»**

Уровень образования	Среднее профессиональное образование		
Специальность			
Форма обучения			
Иностранный язык <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> английский	<input type="checkbox"/> немецкий	

**ПРЕДЫДУЩЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ**

<input type="checkbox"/> основное общее	<input type="checkbox"/> среднее общее	<input type="checkbox"/> начальное профессиональное	<input type="checkbox"/> среднее профессиональное
Документ об образовании с приложением		<input type="checkbox"/> аттестат	<input type="checkbox"/> диплом
Серия и номер документа об образовании			
Кем выдан документ об образовании			
Город/ регион в котором получено образование			
специальность			
квалификация			
Дата выдачи документа об образовании		число	месяц      год
Справка об обучении серия, № справки об обучении, кем и когда она выдана <sup>2</sup> (при наличии)			

**ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ**

Гражданство, подданство	
Документ, удостоверяющий личность, гражданство (серия, номер, кем и когда выдан)	
Страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования	
Место регистрации	
Место жительства	
Свидетельство о перемене ФИО регистрационный №, кем и когда выдано (при наличии)	
Контактные реквизиты телефон, электронная почта	

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**Сведения о плательщике**

ФИО	
Дата и место рождения	
Паспорт: серия №, кем и когда выдан документ	
Место регистрации	
Место жительства	
Телефон, электронная почта	
Место работы	

**Ф.И.О. родителей, законных представителей**

ФИО, контактные данные (адрес, телефон, электронная почта, место работы)	
ФИО, контактные данные (адрес, телефон, электронная почта, место работы)	

**ОСОБЫЕ СВЕДЕНИЯ<sup>3</sup>**

Являюсь инвалидом	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
Группа инвалидности _____	(указать категорию)	
Срок переосвидетельствования _____	(указать срок / бессрочно)	

Являюсь лицом ограниченными возможностями здоровья	<input type="checkbox"/>	ДА	<input type="checkbox"/>	НЕТ	<input type="checkbox"/>
Реквизиты заключения ФУ МСЭ или ПМПК _____					
Форма нарушения здоровья <sup>4</sup> _____					
Нуждаюсь в создании специальных условий обучения в Колледже	<input type="checkbox"/>	ДА	<input type="checkbox"/>	НЕТ	<input type="checkbox"/>
Даю свое согласие на предоставление и обработку сведений в Колледже о состоянии своего здоровья	Подпись _____				

Дата \_\_\_\_\_

Подпись поступающего \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_