

رقم الملف
رقم التسجيل

طلب تسجيل للعام الجامعي 2013-2014

جديد قديم نكر انش

1- معلومات شخصية حسب بطاقة الهوية :

الإسم والشهرة :	إسم الأب :	إسم الأم وشهرتها:
Nom et Prénom :	Nom du Père :	
مكان وتاريخ الولادة :	19 /
Lieu et date de naissance : / / 19.....
الجنسية :	رقم السجل :	رقم جواز السفر (للطلاب الأجانب) :
المحافظة:	القضاء :	البلدة:
الوضع العائلي :	أعزب <input type="checkbox"/>	متزوج <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/>

2- عنوان السكن الحالي:

المحافظة:	القضاء :	البلدة :	المنطقة :
الشارع :	ملك :	الطابق :	رقم الهاتف :
الخلوي :	Email:		

3- الشهادة الثانوية أو الجامعية:

البكالوريا اللبنانية :	رقم الشهادة :	تاريخها : 20 /
الإختصاص :			
الشهادة المعادلة :	مصدرها :	رقمها :	تاريخها : 20
إسم المدرسة الثانوية :	رسمية <input type="checkbox"/>	خاصة <input type="checkbox"/>	المنطقة :
الشهادة الجامعية :	الإختصاص :	مصدرها :	تاريخها : 20

4- الشهادة المستهدفة :

إجازة <input type="checkbox"/>	دراسات عليا <input type="checkbox"/>	دكتوراه <input type="checkbox"/>	غير ذلك :
الإختصاص:	السنة المنهجية:	اللغة الاجنبية:	لغات اخرى:

ارجو قبول تسجيلي واني اصرح بان المعلومات الواردة اعلاه هي صحيحة وكاملة.
كما اني اتعهد بالتقيد بالانظمة والقوانين المعمول بها في الجامعة اللبنانية.

جل النديب في / / 2013

اسم الطالب :

(مطابع بقيمة 1000 ل.ل.)

التوقيع :

عام الولادة

الصندوق الوطني

للضمان الاجتماعي

تصريح استفاضة

(يملأ هذا التصريح من قبل الطالب وعلى مسؤوليته)

حضرة مدير عام الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

أنا الموقع ادناه أصرح بأنني استفيد

١- من تقديمات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بكوني اجيراً
مسجلاً تحت الرقم

٢- من تقديمات تعاونية موظفي الدولة واحمل الرقم المالي

٣- بكون والدي مسجلاً في الصندوق
تحت الرقم

يحمل الرقم المالي في تعاونية موظفي الدولة

١- الحالات الاخرى :

بيروت في

توقيع الطالب

الجامعة اللبنانية
الخدمات الصحية

استمارة معلومات حول الوضع الصحي للطلاب

الاسم الثلاثي _____ تاريخ ومكان الولادة _____

الكلية _____ الفرع _____ السنة المنهجية _____

العنوان الدائم للأسرة _____ هاتف _____

عنوان الطالب خلال الدراسة _____ هاتف _____

فئة الدم: _____

هل من دواء عليك اخذه بانتظام

كلا

نعم، حدد: _____

هل تشكو من اية حساسية

كلا

نعم، حدد: _____

هل لديك أية علة او عاهة

كلا

نعم، حدد: _____

هل تعاني من امراض مزمنة

كلا

نعم، حدد: _____

هل سبق واجريت فحوصات مخبرية

او شعاعية تستدعي العلاج والمتابعة

كلا

نعم، حدد: _____