



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان

معاونت دانشجویی فرهنگی

اداره تربیت بدنی

تاریخ :

شماره :

پیوست :

باسم تعالی

فرم اطلاعات ورزشی

نام : نام خانوادگی : نام پدر : تاریخ تولد :
شماره شناسنامه : رشته تحصیلی : شماره دانشجویی : رشته ورزشی :
قد : وزن : گروه خونی :

الف: آیا به بیماری خاص و یا دردهای مفصلی که با انجام فعالیت ورزشی حاد شود مبتلا هستید؟ توضیح دهید.

ب: رشته ورزشی مورد علاقه تان را بنویسید.

ج: اگر در رشته ورزشی خاصی به صورت حرفه‌ای فعالیت داشته‌اید به سئوالات زیر پاسخ دهید:

۱- نام رشته ورزشی

۲- مدت فعالیت در رشته مذکور :

۳- نام تیم و مربی مربوطه

۴- نام مسابقاتی که در آن شرکت کرده‌اید:

۵- حکم‌های قهرمانی که کسب کرده‌اید :

آدرس منزل :

آدرس خوابگاه :

تلفن همراه :

تلفن ثابت :

امضاء مسئول تربیت بدنی

امضاء مربی

امضاء دانشجو