جامعة سوهاج

طلب إلتحـــاق

اسم الطالب ولقبه : .....

الجنسيـــــــــة : ..... الديانة : .....

محل الإقـــــــامة : .....

رقم التليفون (منزل) : ..... محمول : .....

اسم ولي أمر الطالب ولقبه : ..... صناعته : .....

.....

عنوانه : .....

محمول :.....

تاريخ ميلاد الطالب : / / جهة ميلاده : .....

سن الطالب في (أول أكتوبر سنة ٢٠) يوم / شهر / سنة

رقم البطاقة (قومي): ..... جهة إصدارها : ..... المركز / القسم : .....

تاريخ إصدارها / / رقم بطاقة الخدمة الوطنية والعسكرية : .....

الشهادة الدراسية الحاصل عليها : .....

سنة التخرج : ..... المجموع الكلي للدرجات : ..... درجة

الشعبة : ..... رقم الجلوس : .....

اللغات الأجنبية التي درسها : لغة أولى : ..... لغة ثانية : .....

المدرسة الحاصل منها على الثانوية العامة : .....

المنطقة التعليمية : ..... المحافظة : .....

تحريرا في / / ٢٠م اسم الطالب : .....

التوقيع : .....

مطبعة جامعة سوهاج حاصلة على ايزو ٩٠٠١ : ٢٠١٥ ، ٢١٠٠٠١ : ٢٠١٨/٨٢/٢٠٢٣/١٨٩٥٠

وثيقة تعـــارف

كلية .....

للعام الجامعى / ٢٠ / ٢٠م

- أسم الطالب رباعى.....
- تاريخ الميلاد / / محل الميلاد .....
- بطاقة الرقم القومى ..... محافظة .....
- أسم ولى الامر ثلاثى ..... وظيفته .....
- المدرسة الحاصل على الثانوية العامة منها وعنوانها.....
- الفرقة المقيد .....القسم .....الشعبة .....
- محل اقامة الطالب مع أسرتة بالتفصيل .....
- قرية .....مركز ..... محافظة .....
- محل إقامة الطالب داخل مدينة سوهاج بالتفصيل.....
- شارع ..... الدور ..... رقم الشقة ..... أسم المالك.....
- محل الإقامة بالمدينة الجامعية مبنى .....حجرة رقم.....
- رقم تليفون الأسرة او اقرب تليفون .....
- رقم المحمول .....
- تاريخ تحرير الوثيقة .....

إقـــــرار

أُقـــر أنا الموقع أدناه بأن جميع البيانات الموضحة بعاليه صحيحة وفى حالة تغيير أى منها أقوم بإخطار إدارة شئون الطلاب بالكلية بهذا التغيير فوراً .. وإلا تعرضت للمسئولية التأديبية.

المقر بما فيه

الموظف المختص

مطبعة جامعة سوهاج حاصلة على ايزو ٢٠١٥-٩٠٠١ : ٢٠١٨-٢١٠٠٠١ /٢٠٢٣/٨٧/١١٢٠٠

جامعة سوهاج

الفحص الطبى للطلبة المستجدين

صورة

الأشم:.....

الكلية :.....

الرقم القومي:.....

الرقم :.....

العضو / الجهاز	نتيجة الفحص	توقيع الطبيب
العيون حدة النظر عين يمنى عين يسرى تمييز الألوان		
القلب الصدر		
العظام		
النطق والسمع		
الجلد		
الأسنان		
أشعة الصدر		
الطول		
الوزن		
فحوص أخرى		
ملاحظات أخرى		

السيد مدير شئون التعليم والطلاب

تحية طيبة وبعد ...

الطالب ..... قد فحص طبياً ووجد أنه : ..... للألتحاق بالجامعة

وتفضلوا بقبول وافر الاحترام

مدير عام الشئون الطبية

اقـــرار

أقر انا الطالب / الطالبة :_____

المقيد بالمستوى : _____ (انتظام - انتساب) بكلية الحقوق - جامعة سوهاج في العام الجامعي ٢٠م- ٢٠م .

بأنه لم يتم استخراج شهادة التخرج الخاصة بي إلا بعد قيامي بمحو أمية عدد (٤) اميين بحد أدنى ، وذلك تنفيذا لقرار مجلس الجامعة في البند رقم (٦٣٩) في الجلسة رقم (١١٥) المنعقدة بتاريخ ٢٠١٦/١٢/٣٦م والذي ينص على " أن أمر محو الأمية اللازم للحصول على درجة الليسانس أو البكالوريوس بالكليات النظرية أمراً وجوبياً للطلاب الملتحقين بالفرقة الأولى إبتداءً من العام الجامعي ٢٠١٧م/٢٠١٨م " .

وهذا اقرار مني بعلمي بذلك

تحريرا في / / ٢٠م

المقر بما فيه

اســـــم الطالب / _____

رقـــــم التليفون / _____

الـــرقـــم الـقـومي / _____

تـــوقـيـع الـطـالب / _____

اقـــرار

أقر انا الطالب: _____ بالرقم القومي : _____

والحاصل على شهادة : _____ عام : ٢٠م والمرشح للالتحاق بكلية الحقوق جامعة سوهاج في العام الجامعي ٢٠م ـ ٢٠م بانني لم ادرس مادة اللغة الفرنسية كلغة ثانية قبل الالتحاق بكلية الحقوق ، وانني مطالب بالتسجيل واجتياز دورة اللغة الفرنسية والتي تعقدخلال فترة دراستي بالكلية باعتبارها شرط من شروط التخرج من الكلية وبدون اجتيازها لا يحق لي التخرج والحصول على درجة الليسانس في الحقوق من الكلية .

وهذا اقرار مني بعلمي بذلك

تحريرا في / / ٢٠م

المقر بما فيه

اســـــم الطالب / _____

رقـــــم التليفون / _____

الـــرقـــم الـقومي / _____

تـــوقـيـع الـطـالب / _____