



بسمه تعالی  
طرح استاد مشاور  
اطلاعات دانشجوی شاهد و ایثارگر



نیمسال: اول  دوم  سال تحصیلی \_\_\_\_\_ ۱۴ - \_\_\_\_\_ ۱۴

**مشخصات فردی:**

کدملی \_\_\_\_\_ نام خانوادگی \_\_\_\_\_ نام \_\_\_\_\_ نام پدر \_\_\_\_\_ جنسیت: مرد  زن   
وضعیت آموزشی: \_\_\_\_\_ سال تولد \_\_\_\_\_

ترم ورود: \_\_\_\_\_ دوره: نوبت اول (روزانه)  نوبت دوم (شبانه)  شهریه پرداز  شماره دانشجویی: \_\_\_\_\_  
دانشکده: \_\_\_\_\_ رشته تحصیلی: \_\_\_\_\_ مقطع تحصیلی: \_\_\_\_\_

**وضعیت ایثارگری:**

فرزند شهید <input type="checkbox"/>	همسر شهید <input type="checkbox"/>	رزمنده <input type="checkbox"/>	مدت حضور در منطقه:
آزاده <input type="checkbox"/>	فرزند آزاده <input type="checkbox"/>	همسر آزاده <input type="checkbox"/>	مدت اسارت:
جانباز <input type="checkbox"/>	فرزند جانباز <input type="checkbox"/>	همسر جانباز <input type="checkbox"/>	درصد جانبازی:
نوع پذیرش: استفاده از سهمیه <input type="checkbox"/> آزاد <input type="checkbox"/>			
رتبه کنکور: رتبه با سهمیه: <input type="checkbox"/> رتبه کل (بدون سهمیه): <input type="checkbox"/>			
بورسیه: آموزش عالی <input type="checkbox"/> بهداشت و درمان <input type="checkbox"/> ارتش <input type="checkbox"/> سپاه <input type="checkbox"/> آموزگاران <input type="checkbox"/> جهاد <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>			
گروه آزمایشی در آزمون سراسری: ریاضی و فنی <input type="checkbox"/> علوم تجربی <input type="checkbox"/> علوم انسانی <input type="checkbox"/> هنر <input type="checkbox"/> زبان های خارجی <input type="checkbox"/>			

**وضعیت محل سکونت:** دانشجوی تهرانی  دانشجوی شهرستانی

نشانی و تلفن ثابت محل سکونت:

وضعیت اشتغال: دانشجو  بیکار  شاغل  سابقه کار: \_\_\_\_\_  
نشانی و تلفن محل کار:

**سابقه تحصیلی:**

دیپلم	سال اخذ:	محل اخذ:	میانگین کتبی:	رشته تحصیلی:
پیش دانشگاهی	سال اخذ:	محل اخذ:	میانگین کتبی:	رشته تحصیلی:
فوق دیپلم	سال اخذ:	محل اخذ:	میانگین کتبی:	رشته تحصیلی:
کارشناسی	سال اخذ:	محل اخذ:	میانگین کل:	رشته تحصیلی:
کارشناسی ارشد	سال اخذ:	محل اخذ:	میانگین کل:	رشته تحصیلی:

**مشکلات دانشجوی:**

فقدان والدین  ناراحتی جسمی  روابط خانوادگی  تامین معاش  مشکلات روحی روانی   
سایر موارد (لطفاً ذکر نمائید): \_\_\_\_\_

تاریخ و امضاء:

تلفن همراه: \_\_\_\_\_ نام و نام خانوادگی دانشجوی: \_\_\_\_\_



نیمسال: اول  دوم  سال تحصیلی \_\_\_\_\_ ۱۴ - \_\_\_\_\_ ۱۴

**مشخصات فردی:**

کدملی \_\_\_\_\_ نام خانوادگی \_\_\_\_\_ نام \_\_\_\_\_ نام پدر \_\_\_\_\_ جنسیت: مرد  زن   
وضعیت آموزشی: \_\_\_\_\_ سال تولد \_\_\_\_\_ نوبت اول (روزانه)  نوبت دوم (شبانه)  شهریه پرداز  شماره دانشجویی: \_\_\_\_\_  
ترم ورود: \_\_\_\_\_ رشته تحصیلی: \_\_\_\_\_ مقطع تحصیلی: \_\_\_\_\_  
دانشکده: \_\_\_\_\_ وضعیت ایثارگری: \_\_\_\_\_

**خلاصه وضعیت تحصیلی در دانشگاه:**

توضیحات	سال تحصیلی			نیمسال تحصیلی			اول			دوم			تابستان		
	اول	دوم	تابستان	اول	دوم	تابستان	اول	دوم	تابستان	اول	دوم	تابستان	اول	دوم	تابستان
تعداد واحد اخذ شده															
تعداد واحد مردودی															
تعداد واحد حذف اضطراری															
حذف ترم															
معدل نیمسال															
ارزیابی (ضعیف - متوسط - خوب - عالی)															
کل واحد گذرانده شده															
کل واحد مردودی															
درصد گذران واحد															
تغییر معدل از نیمسال قبل															
معدل کل															
<b>تغییر رشته</b>															
مرتبط / غیرمرتبط رشته جدید با رشته قدیم															
<b>انتقالی</b>															
هم تراز بودن دانشگاه قبلی با دانشگاه جدید															

**موضوع مشاوره:**

فقدان والدین  ناراحتی جسمی  روابط خانوادگی  تامین معاش  مشکلات روحی - عاطفی   
سایر موارد (لطفاً علت مراجعه را ذکر نمائید): \_\_\_\_\_

آیا خانواده تحت پوشش سازمان یا نهاد خاصی (بهبیستی - بیماری های خاص و ...) می باشد؟

## فرم ب ۲

تعداد دفعات مراجعه: \_\_\_\_\_ . نوع تسهیلات (کلاس تقویتی - کلاس های مؤسسات آموزشی - کلاس های مرکز آموزش و...) ارائه شده در دفعات قبلی:

### نتیجه مشاوره:

نیاز به گزارش / اقدام ویژه ای می باشد؟

تاریخ و امضاء:

نام و نام خانوادگی استاد مشاور:

تلفن همراه: