

# АНКЕТА

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя отчество)

Адрес регистрации: индекс \_\_\_\_\_ край (область, республика) \_\_\_\_\_

населенный пункт \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ корпус \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_

Адрес проживания \_\_\_\_\_

Изучал(а) иностранный язык:

английский , немецкий , французский , другой , не изучал

**Родители** (Ф.И.О., год рождения, место работы, контактные телефоны):

Мать \_\_\_\_\_

Отец \_\_\_\_\_

Мои увлечения \_\_\_\_\_

Трудовой стаж (если есть): \_\_\_\_\_ лет, \_\_\_\_\_ месяцев.

В случае не предоставления копии медицинского страхового полиса о невозможности получения бесплатного медицинского обслуживания информирован(а)

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_