



**PROGRAM TAHAP PERSIAPAN BERSAMA  
INSTITUT TEKNOLOGI BANDUNG  
FAKULTAS SENI RUPA DAN DESAIN**

Jalan Ganesha 10 Bandung 40132, Telp: +6222 2501214, Fax +6222 2534162, e-mail : dekan@fsrd.itb.ac.id

**DATA PRIBADI MAHASISWA**

*(diisi dengan huruf cetak, dengan melampirkan fotocopy STTB SMU 1 lembar dan pas photo 3 buah ukuran 4 cm x 6 cm)*

NAMA LENGKAP : .....

NIM : .....

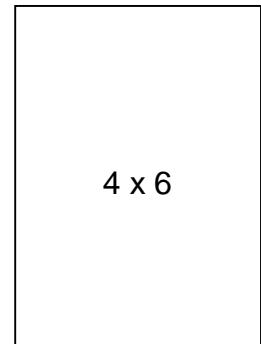
NO.KELAS/RUANG : .....

JENIS KELAMIN : .....

TEMPAT/TGL LAHIR : .....

KEBANGSAAN : WNI/WNA \*)

AGAMA : .....



**RIWAYAT PENDIDIKAN**

PENDIDIKAN	NAMA & TEMPAT SEKOLAH	THN LULUS
TK		
SD		
SLTP		
SLTA		

JURUSAN di SMU/SMSR/..... : IPA/IPS/..... \*)

**KELUARGA**

NAMA	TEMPAT/TGL LAHIR	TINGKAT PENDIDIKAN						PEKERJAAN
		SD	SLTP	SLTA	S1	S2	S3	
AYAH :								
IBU :								
<b>SAUDARA KANDUNG</b>	<b>L/P</b>							
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								

Catatan :

\*) CORET YANG TIDAK PERLU/ISI BILA TIDAK TERDAPAT PADA PILIHAN

ALAMAT ORANG TUA WALI

JALAN : ..... TELP. :  
KOTA : ..... KODE POS :  
PROPINSI : .....

ALAMAT MAHASISWA DI BANDUNG

JALAN : ..... TELP/HP. :  
..... KODE POS :

BIAYA STUDI : ORANG TUA/SENDIRI /INSTANSI ..... \*)

PEKERJAAN DI SAMPING STUDI : .....

HOBBY/OLAH RAGA : .....

PRESTASI YANG PERNAH DI CAPAI

1. ....

2. ....

ORGANISASI DI LUAR KAMPUS : .....

Sebagai : ANGGOTA/STAF PENGURUS/..... \*)

PERNAH/SEDANG STUDI DI PERGURUAN TINGGI LAIN : YA/TIDAK \*)

● NAMA PERGURUAN TINGGI : .....

● TAHUN : .....

● JURUSAN : .....

● TINGKAT YANG DICAPAI : .....

PERNAH MENDERITA SAKIT BERAT : YA/TIDAK \*)

● NAMA PENYAKIT : .....

● TAHUN : .....

BANDUNG,.....  
Tanda Tangan Mahasiswa,

.....

Catatan :

\*) CORET YANG TIDAK PERLU/ISI BILA TIDAK TERDAPAT PADA PILIHAN