



# ATAL BIHARI VAJPAYEE MEDICAL UNIVERSITY UTTAR PRADESH, LUCKNOW

## ENROLLMENT FORM

Form No:  
(ABVMUUP Office)

**COURSE NAME**.....**B.D.S. (Course Code: 050) YEAR OF ADMISSION (YYYY).... 20.....**

**Name of College:**

**College Code**

--	--	--	--	--	--	--	--

**Student Registration No. given by college:** \_\_\_\_\_

(If Applicable)

**ABVMUUP Enrollment No**  
(Student ID No)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Photograph Not less than 3.5 cm x 4.00 cm  
Face Not less than 2 cm  
No Spectacles or Glass

1. **Name of Candidate** [First Name, Middle Name, Last Name](In English): ( In CAPITALS ) \* Do not write Mr/Ms

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. **Father's Name:** [First Name, Middle Name, Last Name](In English): ( In CAPITALS ) \* Do not write Mr/Shri

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. **Mother's Name:** [First Name, Middle Name, Last Name](In English): ( In CAPITALS ) \* Do not write Mrs/Smt

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. **Gender:** (Male/Female/Other) 5. **Date of Birth (DD/MM/YYYY)**

6. **Date of Admission to above course (DD/MM/YYYY)**

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. **Category (UR/OBC/SC/ST)**

8. **Religion**

9. **Contact No (Mobile)**

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. **Email ID ( Please write very clearly in CAPITAL letters only)**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

11. **Permanent Address**

---

12. **District**

13. **State**

14. **Pin Code**

---



---

--	--	--	--	--	--	--	--

15. **Aadhaar No**

16. **Name of Selection Board Qualifying Exam (eg NEET, etc)**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

17. **Roll No of the Qualifying Examination**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Date (DD/MM/YYYY):** \_\_\_\_\_

**(Signature of the Student)**

Certified that the Photograph, signature and student record have been checked by college and is correct

(Seal & Signature of the Principal)

(Counter Signature of Dean-ABVMUUP)  
(Medical/Dental/Nursing/Paramedical)



