**HTML FORMS:**

<html>

    <head>

        <title>Employee Details</title>

    </head>

    <body>

        <center><b><h1 style="color: maroon;">Employee Details</h1></b></center>

        <form style="background: rgb(170, 244, 219);">

                <label>First Name:</label>

                <input type="text" placeholder="enter a name"><br><br>

                <label>Last Name:</label>

                <input type="text" placeholder="enter a name"><br><br>

                <label>DOB:</label>

                <input type="date"><br><br>

                <label>Age:</label>

                <input type="number" id="quantity" name="quantity" min="20" max="40" pattern="[1-100]{2}"><br><br>

                <label>Gender:</label>

                <input type ="radio" name="gender" value="male" >Male

                <input type = "radio" name="gender" value="female">Female<br><br>

                <label>City:</label>

                <select>

                    <option></option>

                        <option>chennai</option>

                        <option>coimbatore</option>

                        <option>others</option>

                </select><br><br>

                <label>State:</label>

                <select>

                        <option></option>

                        <option>chennai</option>

                        <option>coimbatore</option>

                        <option>others</option>

                </select><br><br>

                <label>Email:</label>

                <input type="emailid" placeholder="example@gmail.com"><br><br>

                <label>Contact no.:</label>

                <input type="tel" name="num" id="num" placeholder="1234-567-890" pattern="[0-9]{4}-[0-9]{3}-[0-9]{3}" required ><br><br>

                <label>Qualification:</label>

                <select>

                    <option></option>

                    <option>U.G</option>

                    <option>P.G</option>

                    <option>Dip</option>

                </select><br><br>

                <label>Designation:</label>

                <input type="text"><br><br>

                <label>Skills:</label>

                <input type="text"><br><br>

                <label>Language\_known:</label>

                <input type="checkbox" name="l1">

                <label>English</label>

                <input type="checkbox" name="l2">

                <label>Hindi</label>

                <input type="checkbox" name="l3">

                <label>Tamil</label><br><br>

                <label>Experience:</label>

                    <select>

                        <option></option>

                        <option>0</option>

                        <option>1</option>

                        <option selected>2</option>

                        <option>3</option>

                        <option>4</option>

                        <option>5</option>

                        <option>6</option>

                        <option>7</option>

                        <option>8</option>

                    </select><br><br>

                <label>Date of joining:</label>

                <input type="date"><br><br>

                <label>Programming skills:</label><br><br>

                <table>

                    <style>

                        table, th, td {

                            border: 1px solid black;

                            border-collapse: collapse;

                            padding-top: 5px;

                            padding-bottom: 5px;

                            padding-left: 10px;

                            padding-right: 10px;

                        }

                    </style>

                    <tr>

                        <th>s.no</th>

                        <th>language</th>

                        <th>level</th>

                        <th>certificate</th>

                    </tr>

                    <tr>

                        <td>1.</td>

                        <td><input type="text"></td>

                        <td><input type="text"></td>

                        <td><input type="file" size="3"></td>

                    </tr>

                    <tr>

                        <td>2.</td>

                        <td><input type="text"></td>

                        <td><input type="text"></td>

                        <td><input type="file" multiple></td>

                    </tr>

                    <tr>

                        <td>3.</td>

                        <td><input type="text"></td>

                        <td><input type="text"></td>

                        <td><input type="file" multiple></td>

                    </tr>

                </table><br>

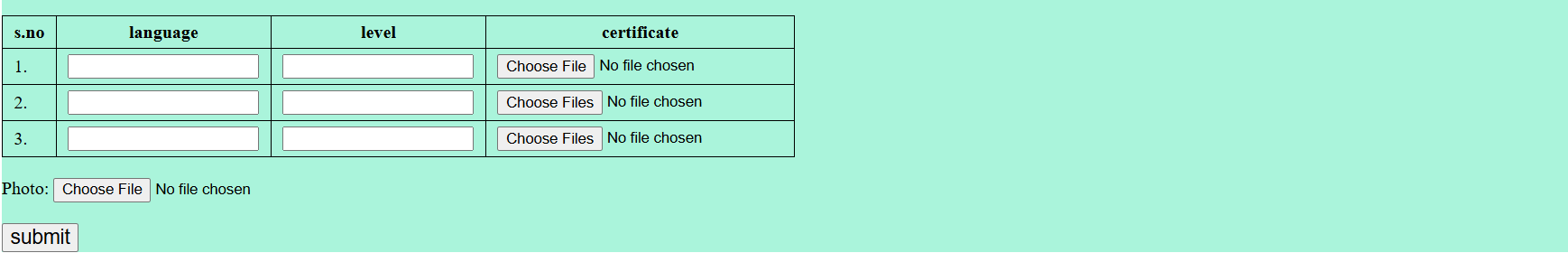
                <label>Photo:</label>

                <input type="file" ><br><br>

                <label><input type="submit" value="submit" style="font-size: large;" ></label>

           </form>

**OUTPUT:**

****