<!DOCTYPE html>

<html lang="en">

<head>

    <meta charset="UTF-8">

    <meta http-equiv="X-UA-Compatible" content="IE=edge">

    <meta name="viewport" content="width=device-width, initial-scale=1.0">

    <title>Document</title>

    <style>

        h1 {

            text-align: center;

            font-family: 'Times New Roman', Times, serif;

            background-color: rgb(216, 186, 220);

        }

        body {

            /\* background-color:rgba(162, 237, 240, 0.905); \*/

            background-color: rgb(0, 0, 0);

            /\* background-image:url(giphy\ \(1\).gif ); \*/

            background-position: right;

            background-attachment: fixed;

            background-repeat: no-repeat;

            font-size: 26px;

            /\* text-align: center; \*/

            font-family: 'Times New Roman', Times, serif;

        }

        .form1 {

            border-style: solid;

            background-color: rgb(161, 239, 245);

            padding: 90px;

            margin: auto;

            text-align: center;

            max-width: 500px;

        }

        #sub {

            font-size: 24px;

            font-family: 'Times New Roman', Times, serif;

        }

        div.chk {

            text-align: left;

        }

        div.dep{

            text-align: left;

        }

        #p1 {

            font-size: 28px;

            background-color: rgb(216, 186, 220);

        }

        sub{font-size: 26px;

        font-family: 'Times New Roman', Times, serif;}

    </style>

</head>

<body>

    <div class="form1">

            <h1>Registration Form</h1>

            <h2>Contact Information</h2>

            <label>Enter the first Name: </label>

            <input type="text"id="name"required></p>

            <label>Enter the last Name: </label>

            <input type="text"id="lname"required></p>

            <label>Enter the Register Number: </label>

            <input type="number"id="rname"required></p>

            <label>Enter the Email: </label>

            <input type="email"id="ename"required></p>

            <p>Gender :

                Male <input type="radio"name="gender"id=""required>

                Female <input type="radio"name="gender"id=""required></p>

            <label>Address</label>

            <textarea name="Address"id="Address"required></textarea>

            <br>

            <pid="p1"><b>Select Your Department :</b></p>

            <div class="dep">

            <br><input type="radio"name="dep"required> CSE <br>

            <br><input  name="dep"type="radio"required> IS <br>

            <br><input type="radio"  name="dep"required> Architecture <br>

            <br><input type="radio"name="dep"required> CP <br>

            <br><input type="radio"name="dep"required> ADFT <br>

            <br><input type="radio"name="dep"required> EC <br>

            </div>

            <hr>

            <pid="p1"><b>Select your Hobbies</b></p>

            <div class="chk">

                <input type="checkbox"id="chkc1"/> Playing Outdoor <br><br>

                <input type="checkbox"id="chkc2"/> Playing indoor games <br><br>

                <input type="checkbox"id="chkc3"/> Reading Fiction Books <br><br>

                <input type="checkbox"id="chkc4"/> Gardening <br><br>

                <input type="checkbox"id="chkc4"/> Self Care <br><br>

                <input type="checkbox"id="chkc4"/> Listening to Music <br><br>

            </div>

            <pid="p1"><b>Select Your Semester :</b></p>

            <select name="select sem"id="sem"required>

                <option value="">---Select The Semester---</option>

                <option value="1st">1st Sem</option>

                <option value="2nd">2nd Sem</option>

                <option value="3rd">3rd Sem</option>

                <option value="4th">4th Sem</option>

                <option value="5th">5th Sem</option>

                <option value="6th">6th Sem</option>

            </select>

            <hr>

            <pid="p1"><b>Activities that you are Participating in collage</b></p>

            <div class="chk">

                <input type="checkbox" id="chk1"/>NCC <br><br>

                <input type="checkbox" id="chk2"/>NSS <br><br>

                <input type="checkbox" id="chk3"/>Cultural <br><br>

                <input type="checkbox" id="chk4"/>Indoor Sports <br><br>

                <input type="checkbox" id="chk4"/>Outdoor Sports<br><br>

                <input type="checkbox" id="chk4"/>Debetting and seminars <br><br>

            </div>

        <form action="thank.html">

            <center><input type="submit" value="Submit" id="sub"></center>

        </form>

</head>

<body>

</body>

</html>