Sinhgad Academy Of Engineering

Name :- Kaushikram Chakka, Roll No.:- COTA28

Class:- T.E, Div:- A, Sub:- Web Technology

<!<!DOCTYPE html>

<html lang="en">

<head>

    <meta charset="UTF-8">

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

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

    <style>

        h1{

            position: absolute;

            top: 25%;

            left: 50%;

            transform: translate(-50%,-50%);

        }

        .main{

            background-color: rgb(187, 247, 208);

            width: 50%;

            position: absolute;

            top: 50%;

            left: 50%;

            transform: translate(-50%,-50%);

            padding: 20px;

            border-radius: 20px;

            border: 1px solid black;

        }

        input,

            input::placeholder{

                font:15px sans-serif;

            }

        .input{

            width:99%;

            margin: 10px 0px;

            padding: 10px;

            border-radius: 15px;

            outline: none;

            border: 2px solid black;

        }

        #submit{

            padding: 3px 15px;

            display: flex;

            justify-content: center;

            margin-top: 10px;

            margin: 0 auto;

        }

    </style>

    <title>Registration Form</title>

</head>

<body>

    <script>

        function validate(){

            var x = document.getElementById("name");

            var y = document.getElementById("pass");

            var z = document.getElementById("phone");

            if(x.value==""||y.value==""||z.value==""){

                alert("please fill out all the field");

            }

            else(true);

            if(z.value.length!=10){

                alert("Phone Number Must be of 10 Digits ")

            }else(true);

        }

    </script>

    <center>

        <h1>Student Registration Form</h1>

        <form action ="" method="post" onsubmit="return" validate()>

        <div class = "main">

        <table >

            <tr><td>Name</td>

            <td><input type='text' placeholder="Enter your Name" id="name"><br></td></tr>

                <tr><td>Password</td>

                <td><input type='password' placeholder="Enter password" id="pass"><br></td></tr>

                <tr><td>Phone Number</td>

                    <td><input type='number' placeholder="Enter your Number" id="phone"><br></td></tr>

                    <tr><td>Email</td>

                        <td><input type='email' placeholder="Enter your Email" id="email"><br></td></tr>

                        <tr><td colspan="2"><input  type ="submit" value="Register" id="submit" onclick=validate()></td></tr>

        </table>

        </div>

        </form>

    </center>

</body>

</html>