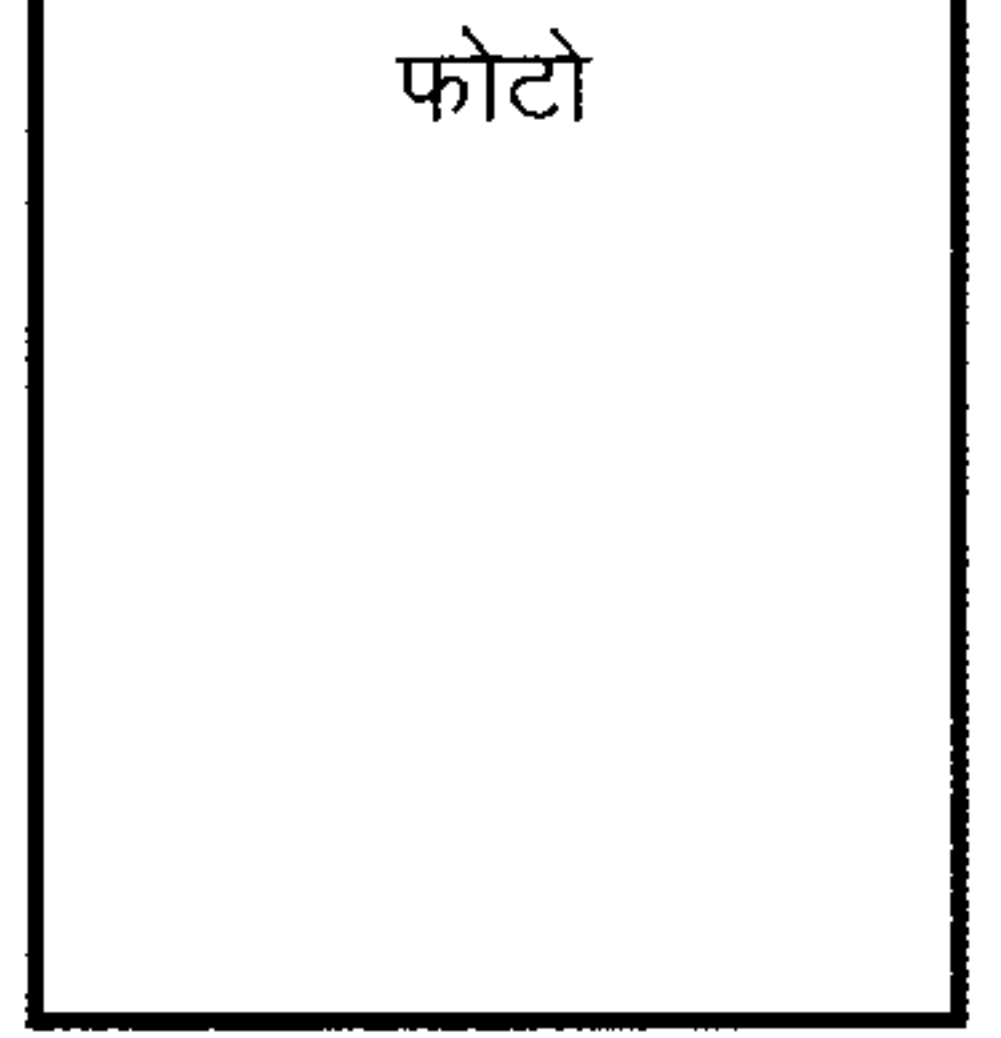


स्टेट एडवेंचर प्रोग्राम हेतु प्रार्थना-पत्र
दिनांक.....सेतक

1. प्रतिभागी का नाम :.....
2. पिता का नाम :.....
3. वर्तमान पता :.....
:.....
:.....मोबाईल न.....
:दूरभाष न.....ई-मेल.....
4. जन्मतिथि :.....उम्र.....
5. शैक्षणिक योग्यता :.....
स्कूल / कालेज का नाम :.....
नाम व स्थान :..स्थान.....
6. अभिरुचि एडवेंचर / नेचर संबंध:..नाम.....



- मैं शिविर में सम्मिलित होना चाहता / चाहती हूँ मैं प्रमाणित करता / करती हूँ कि
1. मेरे द्वारा दी गई उपयुक्त जानकारी सही है ।
 2. यदि किसी प्रकार की दुर्घटना / चोट अन्य प्रकार की हानि होने पर संस्था के कार्यक्रम संचालन करने वाले किसी भी स्टाफ को पूर्ण या आंशिक जिम्मेदार नहीं ठहराऊँगा ।
 3. शिविर का अनुशासन व संस्था के नियम जो स्टाफ या प्रशिक्षक स्टेट एडवेंचर सेंटर द्वारा मुझे बताये जायेंगे उसका मेरे द्वारा पालन किया जावेगा ।
7. पंजीयन शुल्क रूपये 100.00 ड्राफ्ट संख्या.....दिनांक.....
संलग्न है ।

हस्ताक्षर प्रतिभागी

स्थान:—

दिनांक:—

केवल कार्यालयीन उपयोग हेतु

रसीद नम्बर.....दिनांक.....राशि..... उपरोक्त शिविर हेतु
स्वीकृत / अस्वीकृत किया जाता है ।

दिनांक:—

कार्यक्रम अधिकारी

अवयस्क प्रतिभागी हेतु घोषणा-पत्र

मैं मेरे पुत्र/पुत्री को उपरोक्त एडवेंचर कैंप में जो स्टेट एडवेंचर सेंटर भारत स्काउट एवं गाइड मध्यप्रदेश भोपाल द्वारा संचालित किया जा रहा है अपनी जिम्मेदारी पर भेज रहा हूँ और किसी भी शिविर संघटक को किसी भी दुर्घटना या अनहोनी के लिये जिम्मेदार नहीं ठहराऊंगा/ठहराऊंगी ।

हस्ताक्षर
पिता/संरक्षक

स्थान:-
दिनांक:-

चिकित्सा प्रमाण-पत्र

नाम.....पिता का नाम.....

जन्मतिथि आयु रक्त ग्रुप.....

1. वर्तमान अथवा पूर्व की कोई बीमारी/पहचान.....

2. दुर्घटना/आपरेशन के बाद की वर्तमान में स्थिति

3. एलर्जी/दवा/भोजन के बारे में कोई विशेष जानकारी.....

4. यदि प्रतिभागी पीड़ित है -

1. इन्फेक्शन रोग हाँ/नहीं 2. चर्मरोग हाँ/नहीं

3. दिमागी रोग हाँ/नहीं 4. अन्य हाँ/नहीं

5. सुनने की तकलीफ है हाँ/नहीं 6. अस्थमा हाँ/नहीं

मैंने श्रीमती/श्री/कु.का

दिनांकको चिकित्सीय परीक्षण कर साहसिक कैंप में जाने हेतु

योग्य/अयोग्य पाया है ।

चिकित्सा अधिकारी
रजिस्ट्रेशन नम्बर व पद