



भारत स्काउट एवं गाइड, मध्यप्रदेश राज्य मुख्यालय,
शांति मार्ग, श्यामला हिल्स रोड, भोपाल

Website: www.bsgmp.net, E_mail bsgmadhypradesh@gmail.com phone no. 2661263, Fax: 2737446

—: राज्य स्तरीय स्काउटर/गाइडर हाईक हेतु आवेदन-पत्र :-

1. कार्यक्रम का नाम :
2. अवधि दिनांक :
3. आवेदन का नाम :
4. संस्था/शाला का नाम :
5. पिता का नाम :
6. जन्मतिथि :

02 पासपोर्ट साइज
फोटोग्राफ यूनिफार्म
युक्त आवेदन के
साथ संलग्न करे एवं
01 फोटोयहाँ चस्पा
करें।

(अंकसूची अथवा प्रमाण-पत्र संलग्न करें)

7. वर्तमान पता (निवास स्थल) :
- दूरभाष क्र..... मोबाईल न.....
ई-मेल.....
8. पंजीयन राशि बैंक ड्राफ्ट क्र. : दिनांक.....
9. ग्रुप का नाम :
10. पंजीयन चार्टर क्रमांक : दिनांक.....
11. वारंट क्रमांक : दिनांक.....
12. स्काउटिंग/गाइडिंग अनुभव :
13. विशेष रुचि या अन्य को सूचना :

मैं यह बचन देता हूँ/देती हूँ कि स्काउटिंग/गाइडिंग के नियमों के अनुसार उक्त कार्यक्रम मे पूर्ण समय अनुशासन में रहकर संचालक के निर्देशों का पालन करूंगा/करूगी। यदि कोई चोट, बीमारी या दुर्घटना होती है तो इसके लिए मैं किसी भी स्तर पर भारत स्काउट एवं गाइड मध्य प्रदेश को उत्तरदायी नहीं बनाऊंगा/ बनाऊंगी तथा मैं स्वयं इसके लिए उत्तरदायी रहूंगा/रहूंगी/ मैं किसी भी संक्रामक रोग अथवा बीमारी से ग्रसित नहीं हूँ। मेरा स्वास्थ्य पूर्ण रूप से ठीक है।

स्काउटर/गाइडर

आवेदक के हस्ताक्षर

(अभिभावक की स्वीकृति)

मैं.....पिता/पति श्री.....निवासी
.....यह घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि अपने पुत्र/पुत्री को
भारत स्काउट एवं गाइड मध्य प्रदेश में भाग लेने की सहर्ष स्वीकृति देता/देती हूँ। कार्यक्रम के दौरान कोई दुर्घटना होने पर आयोजको को दोषी नहीं ठहराया जावेगा।

दिनांक :-

हस्ताक्षर

(माता/पिता/पालक)

(2)

अनुशंसा सहित अग्रेषित

सहायक राज्य संगठन आयुक्त (स्का.गा.)
पद मुद्रा एवं हस्ताक्षर

जिला कमिश्नर (स्का.गा.)
पद मुद्रा एवं हस्ताक्षर

(चिकित्सा प्रमाण-पत्र)

1. नाम :.....
2. पता :.....
3. जन्मतिथि :.....
4. वर्तमान अथवा पूर्व बीमारी के कोई लक्षण:.....
5. चोट/शल्य चिकित्सा यदि पूर्व में हुई तो उसका उल्लेख करें :.....
.....एवं वर्तमान की स्थिति:.....
6. किसी दवा अथवा भोजन से कोई संक्रमण हो तो उसका उल्लेख करें :.....
.....
.....

7. क्या आवेदक निम्न मे से किसी रोग से ग्रस्त है ?

- | | |
|--------------------|----------|
| 1. संक्रमण रोग | हाँ/नहीं |
| 2. चर्मरोग | हाँ/नहीं |
| 3. मस्तिष्क रोग | हाँ/नहीं |
| 4. हृदय रोग | हाँ/नहीं |
| 5. मधु रोग | हाँ/नहीं |
| 6. अन्य कोई बीमारी | हाँ/नहीं |

मैंने आज दिनांक...../...../.....को श्री/श्रीमती.....आत्मज श्री.....
.....के स्वास्थ्य का परीक्षण किया और पाया कि इनका स्वास्थ्य ट्रेकिंग में जाने
योग्य/अयोग्य है।

चिकित्सा अधिकारी
पद मुद्रा एवं हस्ताक्षर
रजिस्ट्रेशन नम्बर व पद

