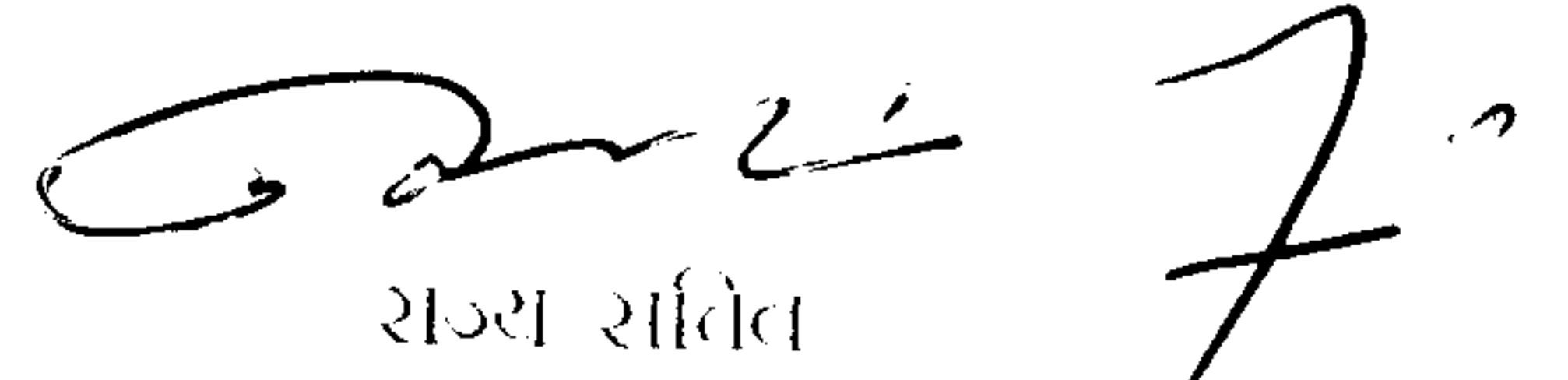


कर रहा है लेकिन किसी भी सेनानी या दुर्घटना के कारण गाइड मध्यप्रदेश जिम्मेदार नहीं होगा। प्रतिभागी के साथ जाया वाला प्रयापक का पूरा खर्च प्रतिभागी के पास ही रहेगा। शिविर में रहने वाले प्रतिभागी के परिवार के सदस्यों को शिविर में आने से रोकना होगा। शिविर में रहने वाले प्रतिभागी के परिवार के सदस्यों को शिविर में आने से रोकना होगा। शिविर में रहने वाले प्रतिभागी के परिवार के सदस्यों को शिविर में आने से रोकना होगा।

2 एस्कोटिंग अध्यापक को भी शिविर शुल्क व पंजीयन शुल्क देना होगा। प्रतिभागी प्रार्थना पत्र के साथ चिकित्सा प्रमाण-पत्र व 02 पासपोर्ट साइज फोटो देना कराना होगा। तथा उन्हें हर समय प्रतिभागियों के साथ रहना होगा।

3 प्रवेश प्रार्थना पत्र, चिकित्सा पत्र एवं पंजीयन शक्ति के अभाव में एडवेंचर प्रोग्राम प्रारंभ तिथि से 10 दिवस पूर्व प्राप्त होने पर प्रवेश शिविर हेतु चयन पत्र / एस.एन.एस. / ई-मेल द्वारा भेजा जाएगा। शिविर में प्रवेश नहीं दिया जायेगा। अतः निर्धारित अवधि के अन्दर प्रवेश पत्र से परिचित करे।

जो मध्यप्रदेश स्टेट एडवेंचर केम्प में सम्मिलित होंगे उन्हें ही नेशनल एडवेंचर प्रोग्राम में भी सम्मिलित किया जायेगा।



राज्य सचिव

भारत स्काउट एवं गाइड मध्यप्रदेश
87 भोपाल, दिनांक 30/8 /2016

सं. 2869 /रा0मु0/गति/एडवेंचर/2016

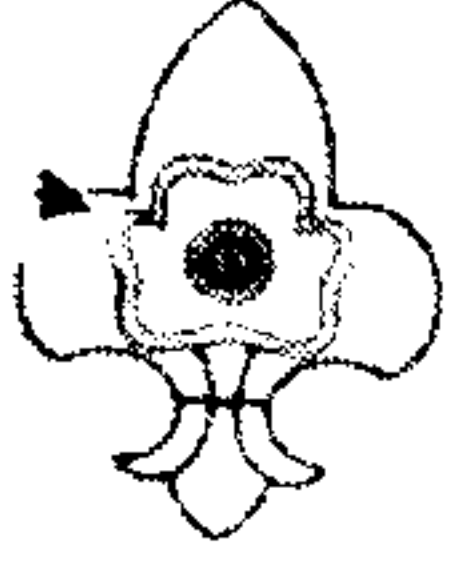
विषय - सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु।

- 1 प्रमुख सचिव, खेलकूद विभाग, मध्यप्रदेश।
- 2 संचालक, खेलकूद, यूवा कल्याण विभाग, मध्यप्रदेश।
- 3 संचालक, भारत स्काउट एवं गाइड, राष्ट्रीय मुख्यालय, नई दिल्ली।
- 4 आयुक्त, लोक शिक्षण संचालनालय मध्यप्रदेश, भोपाल की ओर।
- 5 आयुक्त, आदिवासी विकास मध्यप्रदेश की ओर।
- 6 आयुक्त संचालक लोक शिक्षण/संभा0उपायुक्त अनु0जा0 एवं आदि0विकास संभाग, जिला सचिव/संगठन/प्रशिक्षण आ0 (स्का0/गा0), जिला सचिव, जिला संभागीय प्रशिक्षण केन्द्र खरखड़ (रायसेन)/कालाकुण्ड इन्दौर/आभारत कालाकुण्ड इन्दौर।



राज्य सचिव

भारत स्काउट एवं गाइड मध्यप्रदेश
87



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



Website: www.bsgmp.net E-mail: bsgmadhyapradesh@gmail.com Phone : 2661263. Fax: 2737446

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 ।

स्थान:---

दिनांक:---

हस्ताक्षर प्रतिभागी

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 गुण.....

- वर्तमान अथवा पूर्व की कोई बीमारी/पहचान.....
- दुर्घटना/आपरेशन के बाद की वर्तमान में स्थिति
- एलर्जी/दवा/भोजन के बारे में कोई विशेष जानकारी.....
- यदि प्रतिभागी पीड़ित है -
 - इन्फेक्शन रोग हाँ/नहीं
 - चर्मरोग हाँ/नहीं
 - दिमागी रोग हाँ/नहीं
 - अन्य हाँ/नहीं
 - सुनने की तकलीफ है हाँ/नहीं
 - अस्थमा हाँ/नहीं

मैंने श्रीमती/श्री/कु.

दिनांकको चिकित्सीय परीक्षण कर साहसिक कैंप में जाने हेतु

योग्य/अयोग्य पाया है ।

चिकित्सा अधिकारी
रजिस्ट्रेशन नम्बर व पद