

भारत स्काउट एवं गाइड, मध्यप्रदेश राज्य मुख्यालय,

शांति मार्ग, श्यामला हिल्स, भोपाल

Phone ① : 2661263, Fax: 2737446 Website: www.bsgmp.net E_mail: bsgmadhyapradesh@gmail.com

क्रमांक / 87 / रा.मु. / गतिविधि / 2017
प्रति,

भोपाल दिनांक 6/4/2017

जिला शिक्षा अधिकारी
पदेन जिला कमिश्नर स्काउट
जिला-भोपाल / होशंगाबाद / सागर ।

विषय- जल स्काउटिंग के प्रशिक्षण शिविर का आयोजन बाबत।
संदर्भ- राज्य मुख्यालय के वार्षिक कार्यक्रमानुसार 2017-18 के अनुसार।

भारत स्काउट एवं गाइड मध्यप्रदेश राज्य मुख्यालय द्वारा शहर के विभिन्न स्काउट, गाइड एवं रोवर, रेंजर के लिए जल स्काउटिंग प्रशिक्षण शिविर का आयोजन छोटातालाब भोपाल/नर्मदा नदी होशंगाबाद/स्थानीय तालाब सागर पर किया जा रहा है जिसका विवरण इस प्रकार है :-

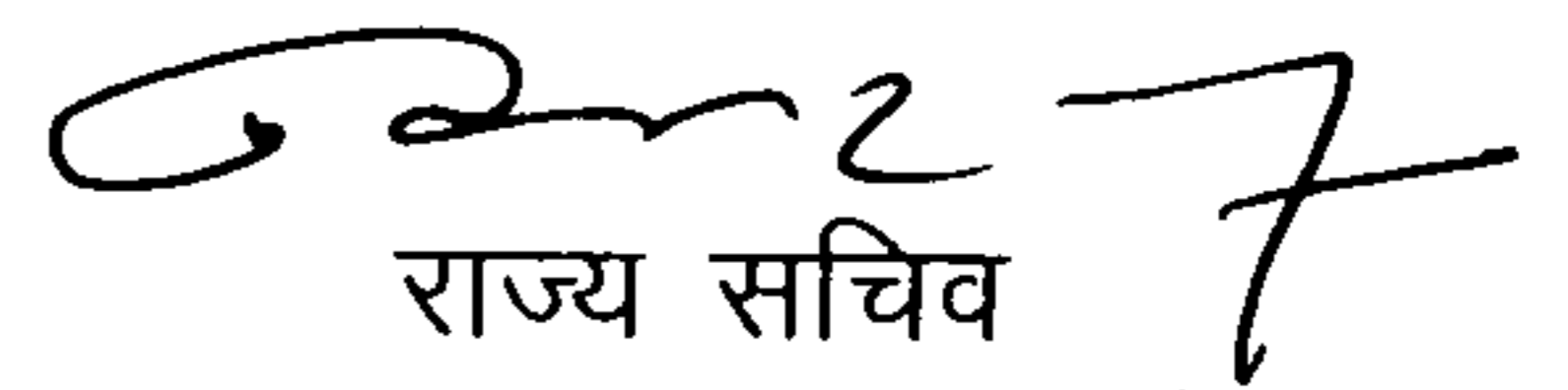
1. शिविर : जल स्काउटिंग प्रशिक्षण शिविर
2. अवधि : दिनांक 01 से 10 जून 2017 तक
3. कोटा : प्रथम आओ, प्रथम पाओ के आधार पर
4. शुल्क : पंजीयन शुल्क राशि 100/- प्रति स्काउट/गाइड निधि से देय होगा।
विकास/विशेष राशि 150/- " "
कुल राशि रूपये 250/- " "

प्रतिभागी के आवेदन पत्र की समस्त पूर्ति कर राशि रूपये 250/- दो सौ पचास मात्र के साथ राज्य मुख्यालय भोपाल को 20 अप्रैल 2017 तक जमा करना अनिवार्य है ।

आवश्यक सामग्री -तैराकी हेतु स्विमिंग शूट, ट्रेक सूट,, वाटर वाटल, पहनने व बदलने के कपड़े।

अतः कृपया शहर के सीनियर स्काउट /गाइड एवं रोवर/रेन्जर को शिविर में अनिवार्य रूप से भेजने हेतु आवश्यक निर्देश जारी करने का कष्ट करें ।

संलग्न- आवेदन फार्म एवं चिकित्सा फार्म

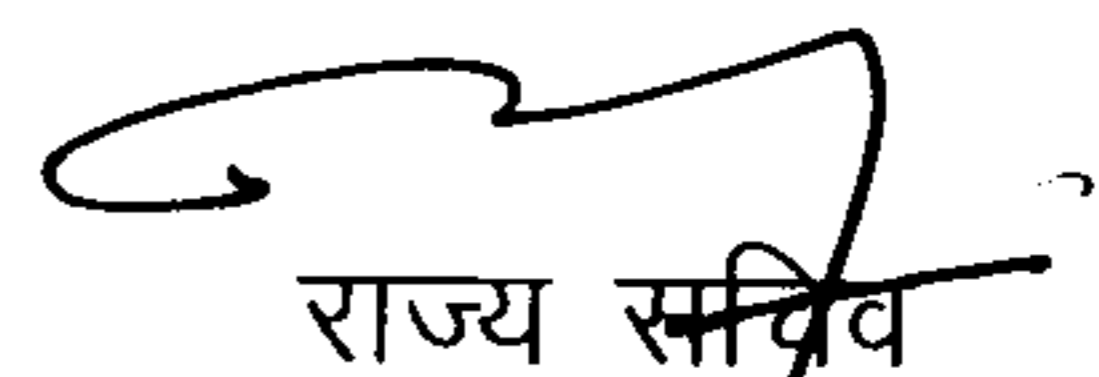

राज्य सचिव

भारत स्काउट एवं गाइड मध्यप्रदेश
भोपाल दिनांक 6/4/2017

पृ.क. / 88 / रा.मु. / गतिविधि / 2017

प्रतिलिपि- सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित।

1. राज्य मुख्य आयुक्त राज्य मुख्यालय भोपाल ।
2. राज्य आयुक्त (स्काउट) राज्य मुख्यालय भोपाल ।
3. सहायक राज्य संगठन आयुक्त-(स्काउट-गाइड) संभागीय कार्यालय भोपाल/होशंगाबाद /सागर की ओर भेज कर निर्देशित किया जाता है कि उक्त कार्यक्रम हेतु आवश्यक व्यवस्थाएँ एवं प्रतिभागियों के आवेदन फार्मों की प्रतिपूर्ति कराकर इस कार्यालय को भेजें।
4. जिला संगठक (स्काउट/गाइड)जिला भोपाल/होशंगाबाद/सागर की ओर भेज कर निर्देशित किया जाता है कि है कि शिविर हेतु प्रतिभागिता सुनिश्चित कर इस कार्यालय को अवगत करावे।


राज्य सचिव

भारत स्काउट एवं गाइड मध्यप्रदेश

Bharat Scouts & Guides MP
State Head Quarter
Shanti Marg, Shymla Hills, Bhopal MP

Water Scouting Training Camp
APPLICATION-FORM

FROM ----- TO ----- At -----

गणेशाय नमः
॥ श्री गणेशाय नमः ॥
ॐ नमो भगवते वासुदेवाय

- 01 Name of the Applicant-----
- 02 Father's Name-----
- 03 Home Address-----
- Distt-----State-----
- 04 Date of Birth-----Age in Years-----
- 05 Experience in Scouting/Guiding-----
- 06 Experience in Adventure Activities-----
- 07 Contact Telephone No.-----
- 08 Special Hobbies of any other information on-----

Signature of the Applicant

DECLARATION

I agree to here to the declare of the movement in general and this programme in particular and abide by the directions of leadership during the whole event.

In case of any accident, illness or injury, I will not hold the State Head Quarter, Bharat Scouts & Guides M.P. responsible at all.

I further declare that I have not been in contact with any infectious disease for the past one month and that I am keeping good health.

Signature of the Applicant

For Office Use

Reg. Fee Rs. R.N. Date

Camp Fee Rs. R.N. Date



Bharat Scouts & Guides M.P.

State Head Quarter

Shanti Marg, Shymla Hills, Bhopal M.P.

Phone: 2661263, 2737446 Fax: 2737446 Website: bsgmp.net E_mail: Scoutguide_bpl@dataone.in

Water Scouting Training Camp

MEDICAL CERTIFICATE

Name _____
Address _____
Date of Birth _____ Single/Married _____

1. Present/Past illness of Significance _____
2. Injuries/Operation undergone and present condition _____
3. Any known allergy to drugs or foodstuff _____
4. Blood Group No. _____

5. Is the applicant suffering from
- | | | | |
|--------------------------|---------|-----------------------------|---------|
| a] An Infectious disease | -Yes/No | b] A Skin disease | -Yes/No |
| c] Mental disease | -Yes/No | d] heart Trouble | -Yes/No |
| e] Asthmatic | -Yes/No | f] Any other disease/defect | -Yes/No |

6. I, on this date _____ have examined Mr./Miss/Mrs. _____ and found him/her medically fit/unfit to undergo Water activity programme.

Medical Officer
Registration Number & Designation

Date _____

RISK CERTIFICATE

(For Use of Applicants of Below 18 Years of Age)

It is certified that my son/daughter/ward Mr./Miss.....is joining the above mentioned water scouting training programme with my consent and the organizer shall not be responsible for any illness, Injury or accident during the event or journey periods for the purpose. It is further certified that he/she is physically fit to undergo the rigours of the said programme.

Signature of Parent/Guardian

Relationship with participant _____
Name _____
Address _____