

भारत स्काउट एवं गाइड, मध्यप्रदेश राज्य मुख्यालय,

शांति मार्ग, श्यामला हिल्स, भोपाल

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

क्रमांक / 310 / रा.मु. / युवा कार्यक्रम / 2018
प्रति,

भोपाल दिनांक 16/4/2018

1. संयुक्त संचालक, लोक शिक्षण
संभागीय कार्यालय(म0प्र0) ।
2. सहायक राज्य संगठन आयुक्त (स्काउट/गाइड)
भारत स्काउट एवं गाइड मध्यप्रदेश
संभागीय कार्यालय(म0प्र0) ।

विषय— राज्य स्तर पर जल स्काउटिंग के प्रशिक्षण शिविर का आयोजन बाबत।
संदर्भ— राज्य मुख्यालय के वार्षिक कार्यक्रमानुसार 2018-19 के अनुसार।

भारत स्काउट एवं गाइड मध्यप्रदेश राज्य मुख्यालय भोपाल के प्रस्तावित कार्यक्रम 2018-19 के अनुसार राज्य स्तर पर जल स्काउटिंग प्रशिक्षण शिविर का आयोजन छोटातालाब भोपाल किया जा रहा है जिसका विवरण इस प्रकार है :-

1. शिविर : जल स्काउटिंग प्रशिक्षण शिविर
2. अवधि : दिनांक 01 से 05 मई 2018 तक
3. स्थान : राज्य मुख्यालय शांतिमार्ग, श्यामला हिल्स भोपाल
भोपाल स्टेशन से बस नं0-4, 306 एवं नगरवाहन बस नं0 9 एवं हबीबगंज रेल्वे
स्टेशन से बस नं0 2 से डिपो चौराहा पहुंचे । यह से कुछ ही दूरी पर पैदल चल कर
भारत स्काउट एवं राज्य मुख्यालय भोपाल पहुंचे ।
3. कोटा : प्रति संभाग 10 सिनियर स्काउट/गाइड, रोवर/रेंजर
4. शुल्क : विकास/विशेष राशि 150/- प्रति स्काउट/गाइड निधि से देय होगा।
शिविर शुल्क राशि रूपये 375/- "-----"
कुल राशि रूपये 525/- प्रति सदस्य पंजीयन के समय जमा करना होगा ।
प्रतिभागी के आवेदन संल राज्य मुख्यालय भोपाल को 25 अप्रैल 2018 तक जमा
करना अनिवार्य है ।

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

अतः दिये गये कोटा अनुसार सीनियर स्काउट /गाइड एवं रोवर/रेन्जर के आवेदन दिनांक 25 अप्रैल 2018 तक अनिवार्य रूप से प्रेषित कर शिविर में प्रतिभागिता सुनिश्चित करावें ।

संलग्न— आवेदन फार्म एवं चिकित्सा फार्म

राज्य सचिव

भारत स्काउट एवं गाइड मध्यप्रदेश

भोपाल दिनांक 16/4/2018

पृ.क. / 311 / रा.मु. / युवा कार्यक्रम / 2018

प्रतिलिपि— सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित।

1. राज्य मुख्य आयुक्त राज्य मुख्यालय भोपाल ।
2. राज्य आयुक्त (स्काउट) राज्य मुख्यालय भोपाल ।
3. जिला शिक्षा अधिकारी/सहायक आयुक्त आदिवासी विकास पदेन जिला कमिश्नर
(स्काउट/गाइड) जिला(म0प्र0) ।
4. जिला संगठक (स्काउट/गाइड) जिला(म0प्र0) की ओर भेज कर
निर्देशित किया जाता है कि है कि शिविर हेतु प्रतिभागिता संभाग से कोटा प्राप्त कर
आवेदन प्रेषित कर प्रतिभागिता सुनिश्चित 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

Roll No. ----- FO -----

Mobile No. / e-mail -----

Parent's Name -----

Home Address -----

Dist ----- State -----

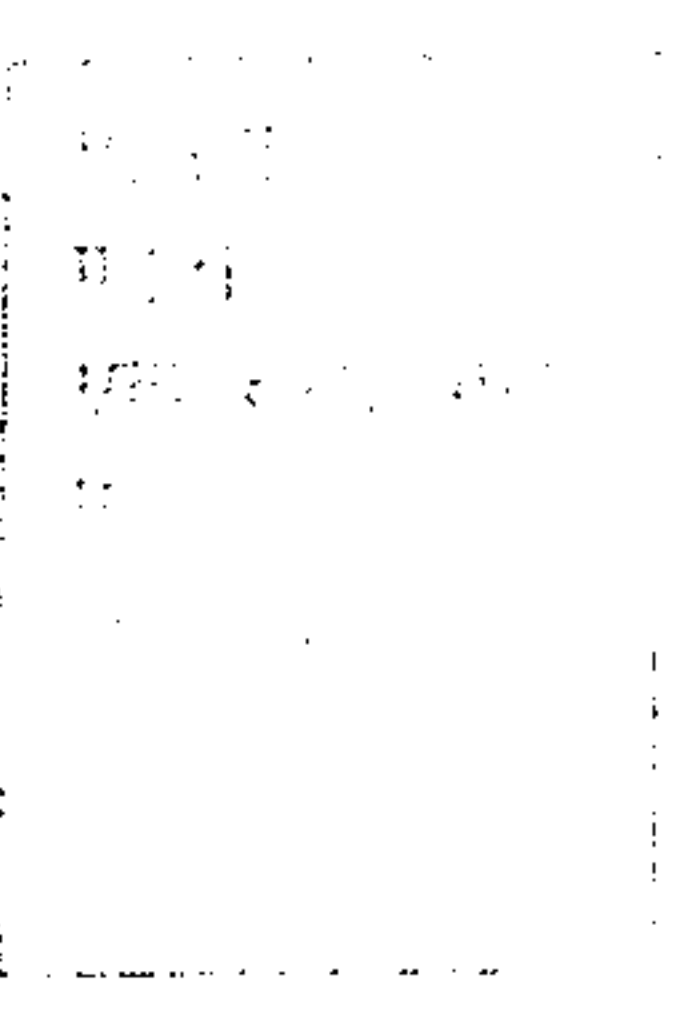
Date of Birth ----- Age in Years -----

Experience in Scouting/Guiding -----

Experience in Adventure Activities -----

Home Telephone No. -----

Special Hobbies or 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 hereby declare that I have not been in contact with any infectious disease for the past 14 days and that I am keeping good health.

Signature of the Applicant

For Office Use

Chief Lee P. R.N. Date:

Group Lee P. R.N. Date:

Bharat Scouts & Guides M.P.

State Head Quarter

Shanti Marg, Shymla Hills, Bhopal M.P.

Phone : 2681263 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)

I, 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 _____

Name _____
Address _____