



भारत स्काउट एवं गाइड, मध्यप्रदेश, राज्य मुख्यालय,

शांति मार्ग, श्यामला हिल्स, भोपाल - 17

Phone 2661263, Fax: 2661263 Website:bsgmp.net E_mail:bsgmadhypradesh@gmail.com

-: राज्य पुरस्कार स्काउट/गाइड विवरण आवेदन फार्म :-

1	नाम स्काउट/गाइड		पूर्ण यूनिफार्म में संस्था प्रमुख द्वारा प्रमाणित फोटो
2	पिता का नाम		
3	जन्मतिथि (अंको में)		
	बोर्ड के अंक सूची जिसमें जन्मतिथि अंकित हो संस्था प्रमुख द्वारा प्रमाणित संलग्न करें		
4	दल/कम्पनी का नाम		
5	विद्यालय का नाम व पता		
6	दीक्षा पूर्ण की तिथि		
7	प्रथम सोपान पूर्ण की तिथि		
8	द्वितीय सोपान पूर्ण की तिथि		
9	तृतीय सोपान पूर्ण की तिथि		
10	तृतीय सोपान प्रमाण पत्र क्रमांक..	दिनांक	

-प्रथम सोपान-

1	ए0पी0आर0ओ0भाग-2/3 (5) के अन्तर्गत की गई एक माह की सेवा का प्रकार-		
2	ए0पी0आर0ओ0भाग-2/3 (4/ई) के अन्तर्गत चयनित दो गतिविधियाँ-		
ए			
बी			
3	हाईक/नेचरस्टेडी	स्थान	दिनांक

- द्वितीय सोपान -

1	ए0पी0आर0ओ0भाग-2/3 (8) के अन्तर्गत एक माह तक सामुदायिक सेवा कार्य-		
	स्थान	दिनांक	से तक
2	दक्षता बैज का नाम	उत्तीर्ण करने की तिथि	परीक्षक का नाम
1			
2			
3	ए0पी0आर0ओ0भाग-2/3 (12/13) के अन्तर्गत	तिथि	
	सांस्कृतिक धरोहर व संस्कृति की लॉगबुक प्रस्तुत		

- तृतीय सोपान -

1	तैराकी/दक्षता बैज	प्रमाण पत्र की तिथि	परीक्षक
2	चर्चा विषय	दिनांक	
3	दिवस हाईक स्थान	दिनांक	से तक दूरी
4	दक्षता बैज का नाम	उत्तीर्ण करने की तिथि	परीक्षक का नाम
ए			
बी			
5	तृतीय सोपान जांच शिविर	स्थान	दि0 से तक

— राज्य पुरस्कार —

क्र०	दक्षता बैज का नाम	उत्तीर्ण करने की तिथि	परीक्षक का नाम
1	एम्बुलेन्स बैज		
2	दक्षता बैज समूह—ए		
	1		
	2		
	3		
3	दक्षता बैज समूह—बी		
	1		
	2		
4	रात्रि पैदल/सायकल हाईक दिनांक से तक स्थान कि०मी०		
5	6 माह बागवानी सेवा दिनांक से तक स्थान प्रकार		

नोट :- आवेदन के साथ जन्मतिथि, जांच पत्र एवं तृतीय सोपान प्रमाण-पत्र प्रमाणित छायाप्रति संलग्न करें

हस्ताक्षर स्काउट/गाइड	हस्ताक्षर स्काउट/गाइड
स्काउटर/गाइडर का नाम	नाम
स्काउटिंग/गाइडिंग योग्यता	संस्था
प्रमाण पत्र क्र० दिनांक	
वारंट नम्बर जारी दिनांक	नवीनीकृत
चार्टर नम्बर जारी दिनांक	नवीनीकृत

— सत्यापन —

उपरोक्त जानकारी संबंधित दल के अभिलेख अनुसार सत्यापित की जाती है

हस्ताक्षर डी०ओ०सी० (स्काउट/गाइड)	हस्ताक्षर जिला सचिव
जिला संघ	जिला संघ
हस्ताक्षर जिला कमिश्नर (स्काउट/गाइड)	हस्ताक्षर ए०एस०ओ०सी० (स्काउट/गाइड)
दिनांक	दिनांक
स्थान	संभाग

राज्य मुख्यालय उपयोगार्थ

आवेदन प्राप्ति दिनांक परीक्षण दिनांक
कृतकार्यवाही

हस्ताक्षर परीक्षणकर्ता
नाम.....
पद