

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

Website: www.bsg.net, E\_mail bsgmadhypradesh@gmail.com phone no. 2661263, Fax: 2737446

पत्र क्र / 3964 / रा0मु0 / युवा कार्यक्रम / 2018-19  
प्रति,

भोपाल, दिनांक 16/11 / 2018

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

विषय : राज्य शिक्षा केन्द्र अन्तर्गत राज्य स्तरीय कब-बुलबुल उत्सव का आयोजन ।  
सन्दर्भ : राज्य के वार्षिक कार्यक्रमानुसार ।

-0-

प्रतिवर्षानुसार इस वर्ष भी राज्य शिक्षा केन्द्र अन्तर्गत प्राथमिक विद्यालयों कब-बुलबुल को प्रोत्साहित करने हेतु कब-बुलबुल उत्सव का आयोजन राज्य प्रशिक्षण केन्द्र, गांधीनगर भोपाल में किया जा रहा है। अतः अपने संभाग/जिले से निम्न सूचनाओं के साथ प्राथमिक विद्यालयों में संचालित कब-बुलबुल दलों में से संभागवार संलग्न कोटा अनुसार कब-बुलबुल को अनिवार्य रूप सम्मिलित करावें :-

1. कार्यक्रम का नाम : राज्य शिक्षा केन्द्र अन्तर्गत राज्य स्तरीय कब-बुलबुल उत्सव का आयोजन
2. अवधि : दिनांक 12 से 16 दिसम्बर 2018
3. स्थान : राज्य प्रशिक्षण केन्द्र गांधीनगर भोपाल ।
4. भोपाल स्टेशन से बस क्र0 4बी एवं नगर बस सर्विस नं02 से गांधीनगर भोपाल पहुंचा जा सकता है ।
5. उपस्थिति दिनांक : दिनांक 12 दिसम्बर 2018 भोजन से पहले ।
6. कार्यमुक्ति दिनांक : दिनांक 16 दिसम्बर 2018 भोजन के बाद ।
7. पात्रता : राज्य शिक्षा केन्द्र अन्तर्गत ऐसे पंजीकृत प्राथमिक विद्यालय के कब-बुलबुल जिनकी आयु 06 से 10 वर्ष के मध्य हो भाग ले सकेंगे। यदि दल पंजीकृत नहीं हो तो आने के पूर्व जिले में पंजीकृत करावें ।
8. वित्तीय सहायता : सम्मिलित होने वाले कब-बुलबुल, कब मास्टर/फ्लाक लीडर को रेल कन्शेसन के आधार पर रेल तथा नजदीकी रेलवे स्टेशन तक की दूरी का बस किराया टिकट प्रस्तुत करने पर वास्तविक किराया तथा शिविर अवधि में आतिथ्य देय होगा । जिस स्टेशन से भोपाल हेतु रेल सुविधा उपलब्ध है, वहाँ से रेल से ही यात्रा करें । निकटतम रेलवे स्टेशन के लिये बस यात्रा की जा सकती है ।
9. कन्शेसन : अपने क्षेत्र के ए0एस0ओ0सी0(स्काउट/गाइड) से रेल कन्शेसन प्राप्त करें ।
10. अग्रिम :- उक्त शिविर में सम्मिलित होने हेतु मार्ग व्यय हेतु अग्रिम प्राप्त करें तथा शिविर समाप्ति पश्चात राशि जमा कर अग्रिम का समायोजन करें ।
11. आवश्यक सामग्री :-
  - (क) व्यक्तिगत सामग्री 02 जोड़ी पूर्ण व्यवस्थित यूनिफार्म, पहनने व बदलने के कपड़े, भोजन करने हेतु थाली, कटोरी, चम्मच, गिलास, मौसम के अनुसार हल्का गर्म बिस्तर, प्रसाधन सामग्री, बरसाती, पेन, नोटबुक, कलर बाक्स, गॉठे हेतु रस्सी, टार्च, मच्छरदानी आदि ।
  - (ख) टोलीवार सामग्री : प्लास्टिक शीट, दरी, गजेट्स सामग्री, प्रोजेक्ट प्रदर्शन सामग्री, कार्यो का विवरण प्रदर्शनी की सामग्री,, हस्तकला, लालफूल, कलरव, शिविर सजावट, लोकनृत्य सामग्री, फास्टएड पट्टी, सुतली, वाघयंत्र, परी, जगली जानवर के मुखौटे आदि आवश्यक सामग्री साथ लावें

12. **प्रतियोगिता कार्यक्रम :** शिविर सजावट, बुलबुल ट्री, गर्जना, तारा की कहानी, प्रतियोगिता जंगल नृत्य, अभिनय के खेल, कहानी कहना, पेन्टिंग, ड्राइंग, प्रदर्शन, हस्तकला, लोकनृत्य, फैंसीड्रेस, समूह गीत लाल फुल, कलरव, मौखोटे निर्माण, दक्षता बैज का प्रदर्शन आदि प्रतियोगिता आयोजित की जायेगी। जिसकी सम्पूर्ण तैयारी के साथ कब-बुलबुल को भेजा जावे।

नोट :- सम्मिलित होने वाले कब मास्टर/फ्लाक लीडर (शिक्षक/शिक्षिकायें) शिविर अवधि में पूर्ण समय यूनिफार्म में रहेंगे।

अतः संलग्न कोटा अनुसार पात्रता रखने वाले कब-बुलबुल को अनिवार्य रूप से पूर्ण तैयारी के साथ सम्मिलित करावें। इनके आवेदन संलग्न निर्धारित प्रपत्र में मेडिकल प्रमाण-पत्र के साथ आवेदन दिनांक 30 नवम्बर 2018 तक इस कार्यालय को प्रेषित करें।

*A2*

राज्य सचिव

भारत स्काउट एवं गाइड मध्यप्रदेश

भोपाल, दिनांक 16/11/2018

क्र० / 3965 / रा०मु०/युवा कार्यक्रम/2018-19

प्रतिलिपि :- सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु।

1. आयुक्त, लोक शिक्षण संचालनालय मध्यप्रदेश गौतमनगर भोपाल (म०प्र०)
2. राज्य संगठन आयुक्त/राज्य प्रशिक्षण आयुक्त (स्काउट/गाइड) राज्य मुख्यालय, भोपाल।
3. आयुक्त, राज्य शिक्षा केन्द्र पुस्तक भवन अरेरा हिल्स भोपाल।
4. जिला शिक्षा अधिकारी पदेन जिला मुख्य आयुक्त जिला .....(म०प्र०)।
5. जिला संगठन आयुक्त (स्काउट/गाइड) जिला .....(म०प्र०)।
6. लेखा/स्थापना / परियोजना शाखा राज्य मुख्यालय भोपाल।
7. वार्डन, राज्य प्रशिक्षण केन्द्र, गांधीनगर भोपाल।

*A2*

राज्य सचिव

भारत स्काउट एवं गाइड मध्यप्रदेश

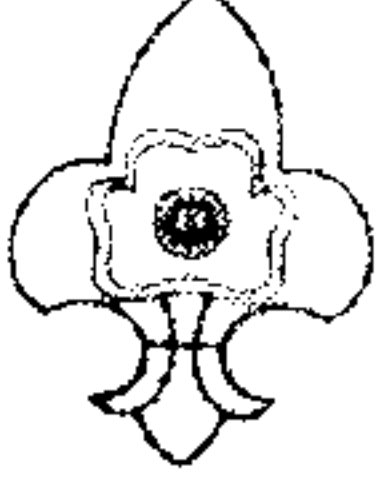
**कब-बुलबुल उत्सव (राज्य शिक्षा केन्द्र ) आवंटित कोटा निम्नानुसार**

क्रम	संभाग	आवंटित कोटा				योग
		कब	कब मा०	बुलबुल	पला०लीडर	
1	भोपाल	12	2	6	1	21
2	ग्वालियर	12	2	6	1	21
3	होशंगाबाद	6	1	6	1	14
4	इन्दौर	12	2	6	1	21
5	जबलपुर	12	2	6	1	21
6	मुरैना	6	1	6	1	14
7	रीवा	6	1	6	1	14
8	शहडोल	6	1	6	1	14
9	सागर	12	2	6	1	21
10	उज्जैन	12	2	6	1	21
		96	16	60	10	182

*A2*

राज्य सचिव

भारत स्काउट एवं गाइड मध्यप्रदेश

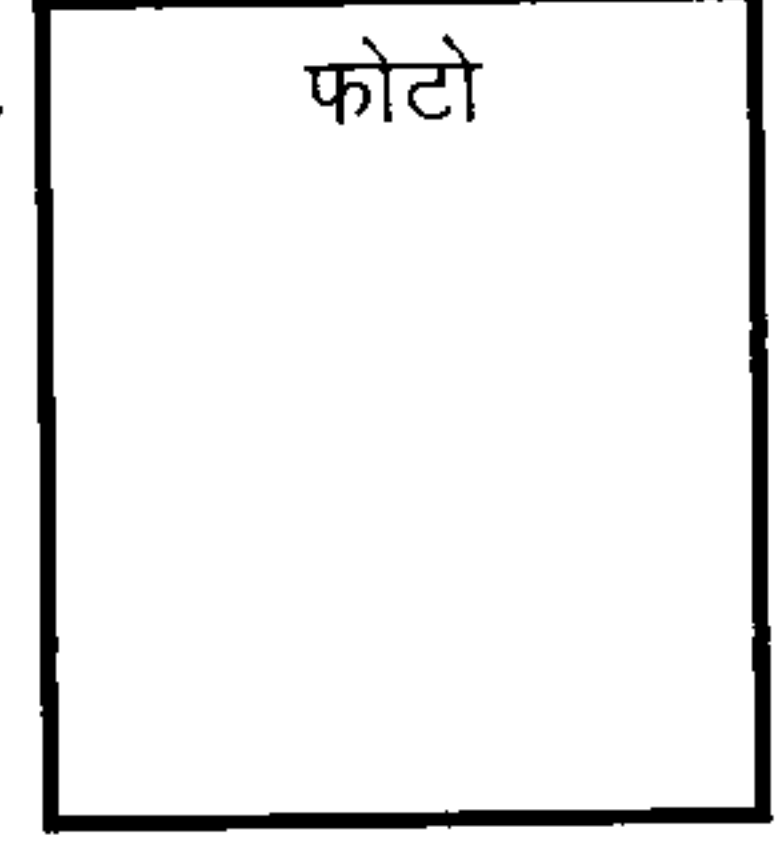


भारत स्काउट एवं गाइड, मध्यप्रदेश राज्य मुख्यालय,  
शांति मार्ग, श्यामला हिल्स रोड, भोपाल

Website: www.bsgmp.net, E\_mail bsgmadhyapradesh@gmail.com phone no. 2661263, Fax: 2737446

राज्य स्तरीय कब-बुलबुल उत्सव हेतु प्रार्थना-पत्र  
दिनांक.....से .....तक

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/कार्यालय का : नाम.....  
नाम व स्थान : स्थान.....
6. अभिरूचि / नेचर सम्बन्ध : नाम.....



5. मैं शिविर में सम्मिलित होना चाहता/चाहती हूँ मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा दी गई उपयुक्त जानकारी सही है ।
6. 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 ।
7. शिविर का अनुशासन व संस्था के नियम जो स्टाफ या प्रशिक्षक द्वारा मुझे बताये जायेंगे उसका मेरे द्वारा पालन किया जावेगा ।
8. हस्ताक्षर प्रतिभागी

स्थान:-  
दिनांक:-

केवल कार्यालयीन उपयोग हेतु

उपरोक्त शिविर हेतु स्वीकृत/अस्वीकृत किया जाता है ।

दिनांक:-

कार्यक्रम अधिकारी

## अवयस्क प्रतिभागी हेतु घोषणा-पत्र

मैं मेरे पुत्र/पुत्री को उपरोक्त कैंप में जो 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 ठहराउंगा ।

हस्ताक्षर पिता/संरक्षक

स्थान:-

दिनांक:-

## चिकित्सा प्रमाण-पत्र

नाम.....पिता का नाम.....

जन्म दिनांक..... आयु.....रक्त ग्रुप.....

1. वर्तमान अथवा पूर्व की कोई बीमारी/पहचान.....

2. दुर्घटना/आपरेशन के बाद की वर्तमान में स्थिति .....

3. एलर्जी/दवा/भोजन के बारे में कोई विशेष जानकारी.....

4. यदि प्रतिभागी पीड़ित है -

1. इन्फेक्शन रोग                      हाँ/नहीं                      2. चर्मरोग                      हाँ/नहीं

3. दिमागी रोग                      हाँ/नहीं                      4. अन्य                      हाँ/नहीं

5. सुनने की तकलीफ है                      हाँ/नहीं                      6. अस्थमा                      हाँ/नहीं

मैंने श्रीमती/श्री/कु. ....का

दिनांक .....को चिकित्सीय परीक्षण कर शिविर में जाने हेतु योग्य/अयोग्य पाया है ।

चिकित्सा अधिकारी  
रजिस्ट्रेशन नम्बर व पद

दिनांक