

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

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



क्र० / 2543 / रा०मु० / गति / एडवेंचर / 2015-16
प्रति,

भोपाल, दिनांक 9 / 6 / 2015

1. समस्त संयुक्त संचालक, लोक शिक्षण /
सहायक राज्य संगठन आयुक्त (स्काउट / गाइड)
संभागीय कार्यालय.....
2. समस्त जिला शिक्षा अधिकारी / सहायक आयुक्त, आदिवासी विकास
पदेन जिला कमिश्नर (स्काउट / गाइड)
जिला

विषय:- मध्यप्रदेश स्टेट एडवेंचर प्रोग्राम-2 कालाकुण्ड (इन्दौर) ।

प्रसंग:- प्रस्तावित वार्षिक कार्यक्रमानुसार 2015-2016 ।

-0-

भारत स्काउट एवं गाइड मध्यप्रदेश का प्रस्तावित वार्षिक कार्यक्रम सत्र 2015-2016 अनुसार स्टेट एडवेंचर प्रोग्राम-2 संभागीय प्रशिक्षण केन्द्र कालाकुण्ड इन्दौर जिला इन्दौर में दिनांक 24 से 28 जुलाई 2015 तक किया जा रहा है । यह सभी शासकीय / अशासकीय विद्यालयों के स्काउट-गाइड, रोवर-रेंजर तथा अन्य विद्यार्थियों एवं समूह के लिये खुला है। स्टेट एडवेंचर सेंटर में संलग्न हैंडआउट अनुसार साहसिक गतिविधियों का संचालन किया जावेगा । एडवेंचर प्रोग्राम संबंधी अन्य जानकारी निम्नानुसार है-

| | | |
|---|------------------|--|
| 1 | कार्यक्रम का नाम | स्टेट एडवेंचर प्रोग्राम-2 कालाकुण्ड (इन्दौर) |
| 2 | अवधि | दिनांक 24 से 28 जुलाई 2015 तक |
| 3 | स्थान | संभागीय प्रशिक्षण केन्द्र कालाकुण्ड इन्दौर |
| 4 | उपारंभ तिथि | दिनांक 24 जुलाई 2015 दोपहर 12 बजे तक |
| 5 | वापसी | दिनांक 28 जुलाई 2015 को दोपहर भोजन के पश्चात् |
| 6 | शुल्क | पंजीयन शुल्क रूपये 100/- प्रति सदस्य विकास-विशेष शुल्क रू० 100/- प्रति सदस्य शिविर शुल्क रूपये 900/- प्रति सदस्य कुल योग राशि रूपये 1100/- प्रति सदस्य |
| 7 | कार्यक्रम | शिविर कार्यक्रम प्रथम दिन से अंतिम दिन तक रहेगा जिसमें ट्रेकिंग, ओबस्टिकल, माउटेनियरिंग, कैंपिंग, स्टार गेजिंग, रेपिलिंग, रीवर क्रॉसिंग, ओवरनाईट हाईक बिना बर्तन के भोजन बनाना तथा अन्य साहसिक गतिविधियां शामिल है |
| 8 | शिविर सामग्री | प्रत्येक प्रतिभागी को निम्नांकित सामग्री अपने साथ लाना है - 02 पासपोर्ट साईज कलर फोटो, वाटर बॉटल, लंच बाक्स, प्लेट, ग्लास या मग, चम्मच, टार्च, चाकू, मोमबत्ती, माचिस, नोट बुक, पेन, फर्स्ट एड किट, बैंडेड, बोरोलीन, कोल्ड क्रीम, वाटर, प्युरीफाइंग गोली, ओडोमॉस टॉयलेट सामग्री । रुक शैक, चादर, हंटर या स्पोर्ट्स जूते, अतिरिक्त मोजे, वाटर प्रूफ शीट 6X3, स्लीपिंग बैक या कम्बल, सर्दी के कपड़े, पूरी बाँहों की टी शर्ट, ग्रे कलर या नेव्ही ब्ल्यू पेंट या जींस, स्काउट व गाइड पूरी यूनिफार्म साथ लावे । (स्काउट / गाइड / रोवर / रेंजर हेतु अनिवार्य) |
| 9 | सुरक्षा | यद्यपि भारत स्काउट एवं गाइड मध्यप्रदेश प्रतिभागियों की सुरक्षा की पूरी व्यवस्था कर रहा है लेकिन किसी भी अनहोनी या दुर्घटना के लिये भारत स्काउट एवं गाइड मध्यप्रदेश जिम्मेदार नहीं होगा । प्रतिभागी के साथ आने वाले अध्यापकों की पूर्ण जिम्मेदारी है कि वे शिविर से पहले शिविर के बीच व शिविर के बाद अपने साथियों का पूर्ण सुरक्षा करें । |

| | | | |
|----|-----|---|---|
| 10 | नोट | 1 | प्रत्येक प्रतिभागी को अपनी चिकित्सा जाँच पूर्ण रूप से करानी चाहिये ताकि वे सारी गतिविधियों में भाग ले सकें, इसका प्रमाण-पत्र प्रार्थना पत्र के साथ ही भेजा जावे । |
| | | 2 | एस्कोटिंग अध्यापक को भी शिविर शुल्क व पंजीयन शुल्क देना होगा । शिविर प्रार्थना पत्र के साथ चिकित्सा प्रमाण-पत्र व 02 पासपोर्ट साइज फोटो जमा कराना होगा । तथा उन्हें हर समय प्रतिभागियों के साथ रहना होगा । |
| | | 3 | प्रवेश प्रार्थना पत्र, चिकित्सा पत्र के साथ पंजीयन राशि शिविर दिनांक से 10 दिवस पूर्व प्राप्त होने पर प्रत्येक प्रतिभागी को शिविर हेतु चयन पत्र / एस. एम.एस./ई-मेल द्वारा भेजा जायेगा । बिना चयन पत्र के शिविर में प्रवेश नहीं दिया जायेगा । शिविर हेतु सीमित संख्या है पहले आओ पहले पाओ के आधार पर चयन किया जाएगा । |

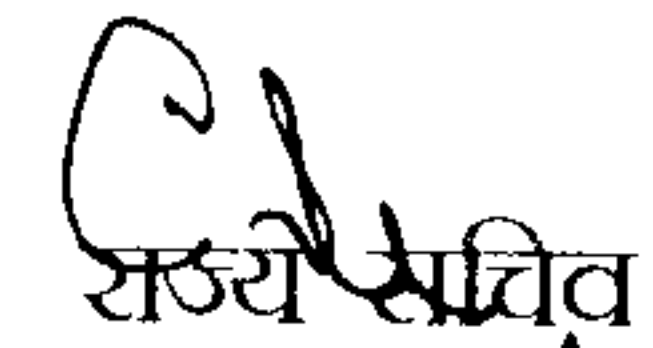

राज्य सचिव

भारत स्काउट एवं गाइड मध्यप्रदेश
भोपाल, दिनांक 9/6/2015

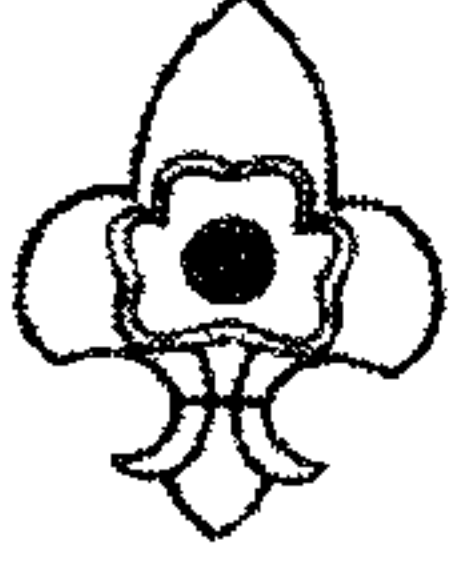
क्र० / 2544 / रा०मु० / गति / एडवेंचर / 2015-16

प्रतिलिपि :- 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 सहायक राज्य संगठन आयुक्त (स्काउट/गाइड) संभा०कार्यालय(म०प्र०) ।
- 7 जिला सचिव/संगठन/प्रशिक्षण आयुक्त (स्का०/गा०), जिला संघ(म०प्र०) ।
- 8 वार्डन संभागीय प्रशिक्षण केन्द्र कालाकुण्ड इन्दौर ।


राज्य सचिव

भारत स्काउट एवं गाइड मध्यप्रदेश



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

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



स्टेट एडवेंचर प्रोग्राम हेतु प्रार्थना-पत्र
दिनांक.....सेतक

| | | | |
|------------------------------------|---|------------------------------|------|
| 1. प्रतिभागी का नाम | : | | फोटो |
| 2. पता का नमूना | : | | |
| 3. वर्तमान पता | : | | |
| | : | | |
| | : |मोबाइल न..... | |
| | : |दूरभाष न.....ई-मेल..... | |
| 4. जन्मतिथि | : |उम्र..... | |
| 5. शैक्षणिक योग्यता | : | | |
| स्कूल/कालेज का नाम | : | | |
| पता व स्थान | : |स्थान..... | |
| 6. अभिरूचि एडवेंचर/नेचर संबंध: नाम | : | | |

- मैं शिविर में सम्मिलित होना चाहता/चाहती हूँ मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि
- मेरे द्वारा दी गई उपयुक्त जानकारी सही है ।
 - 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 ।
 - 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 ।

हस्ताक्षर प्रतिभागी

रूपमा -
दिनांक:-

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 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

दिनांकको चिकित्सीय परीक्षण कर साहसिक कैंप में जाने हेतु

योग्य/अयोग्य पाया है ।

चिकित्सा अधिकारी
रजिस्ट्रेशन नम्बर व पद

दिनांक