

(01) **कार्यालय प्राचार्य जवाहर नवोदय विद्यालय, इरड़ा, जिला- भीलवाड़ा (राज .) (9)**

-: छात्र / छात्रा के माता- पिता / सरंक्षक द्वारा भरा जाए :-

1. छात्र / छात्रा का नाम :
2. पिता का नाम :
3. माता का नाम :
4. जन्मतिथि :
5. स्थाई पता :
6. (क) क्षेत्र ग्रामीण / शहरी :
- (ख) लिंग लड़का / लड़की :
- (ग) जाति वर्ग सामान्य / अजा./अपिव/अजजा :
7. शैक्षणिक योग्यता :
- (क) पिता : अनपढ़/पांचवी/मिडिल/सैकण्डरी/सी. हायर सैकण्डरी/ स्नातक/स्नाकोत्तर :
- तकनिकी / व्यावसायिक डिप्लोमा डिग्री :
- (ख) माता : अनपढ़/पांचवी/मिडिल/सैकण्डरी/सी. हायर सैकण्डरी/ स्नातक/स्नाकोत्तर :
- तकनिकी / व्यावसायिक डिप्लोमा डिग्री :

8. व्यवसाय :-

पिता:-

माता:-

9. पिता की वार्षिक आय:- रु. 12000/ 12001 से 30000 तक/30001 से 500000/500001 से अधिक :
10. पिता की वार्षिक आय:- रु. 12000/ 12001 से 30000 तक/30001 से 500000/500001 से अधिक :
11. माता-पिता / परिवार की कुल वार्षिक आय:-
12. माता- पिता सहित परिवार के कुल सदस्यों की संख्या
13. दो व्यक्तियों के नाम व पूर्ण पते (विद्यार्थी के माता-पिता के अतिरिक्त) जिन्हें माता-पिता अधिकृत करते हों एवं जिन्हें छात्र/छात्रा अच्छी तरह जानते हों, वे ही उनके पुत्र/पुत्री को लेने अथवा मिलने आ सकते हैं, कृपया माता-पिता नोट करें कि इन दो व्यक्तियों के अतिरिक्त अन्य किसी को भी छात्र /छात्रा से नहीं मिलने दिया जायेगा।

.....

.....

.....

.....

विद्यार्थी से संबंध विद्यार्थी से संबंध

परिचित के हस्ताक्षर परिचित के हस्ताक्षर

विद्यार्थी के हस्ताक्षर विद्यार्थी के हस्ताक्षर

**जवाहर नवोदय विद्यालय, हरड़ा,
जिला- भीलवाड़ा (राज .)**

छात्र / छात्रा का नाम

कक्षा

सत्र

1. पिता का नाम आयु.....

पत्र व्यवहार का पता

.....

मो. नं.

2. माता का नाम आयु

पत्र व्यवहार का पता

3. माता पिता द्वारा अधिकृत मिलने वाले व्यक्ति का विवरण

नाम

पिता का नाम

पत्र व्यवहार का पता

मो. नं.

पिता का
फोटो

माता का
फोटो

अधिकृत
मिलने वाले
फोटो

हस्ताक्षर छात्र /छात्रा

हस्ताक्षर पिता /माता

MEDICAL ANTECEDENTS

UNDERTAKING

We, Shri. _____ (Father) & Shrimati _____ (Mother),
the parents of Master/Miss _____, a selected
_____ do hereby declare that our ward doesn't suffer from any of the
medical ailments listed below.

1. Head Injuries
2. Puo- Intermittent
3. CHD- Congenital Heart Disease
4. AA – Acute appendicitis
5. Epilepsy – Convulsions (Injury, Fever)
6. Blood Disorders (Sickle cell Anemia, Haemophilia)
7. Communicable Diseases (TB, Hepatitis A & B)
8. Skin Disease.

We further declare that our ward Master/Miss _____ doesn't have
any previous medical history which required/still requires prolonged or intermittent
periods of medical confinement either in a hospital/nursing home or in our house.

Certified that the information furnished above is true to the best of our
knowledge. Any wilful suppression or false information on the medical antecedents
revealed later, would make the admission of our ward invalid and liable for actions as
deemed fit by the Vidyalaya and Navodaya Vidyalaya Samiti.

PLACE :

FATHER'S SIGN

DATE :

NAME: _____

MOTHER'S SIGN:

NAME: _____

ADDRESS :

