

अटल बिहारी वाजपेयी दिव्यांग खेल प्रशिक्षण केंद्र
ATAL BIHARI VAJPAYEE TRAINING CENTRE FOR DISABILITY SPORTS
दिव्यांगजन सशक्तिकरण विभाग, सामाजिक न्याय और अधिकारिता मंत्रालय, भारत सरकार
Department of Empowerment of Persons with Disabilities (Divyangjan)
Ministry of Social Justice & Empowerment, Govt. of India
ग्वालियर, मध्य प्रदेश /Gwalior, Madhya Pradesh – 474005
E-mail: gwalior.cds@gmail.com Phone: 0751-2991397

Application Form

Name of the Sport/Game खेल का नाम.....

Name in English / हिंदी में नाम

Father's / Husband's name, पिता / पति का नाम

Mother's name / माता का नाम

Gender: Male / Female, लिंग: पुरुष / महिला

D.O.B / जन्मतिथि (...../...../.....) Age in completed years / आयु पूर्ण वर्षों में.....

Email ID (if any) / ईमेल आईडी (यदि कोई हो)

Address / पता.....

..... PinCode / पिन कोड.....

Contact number/s: (Mob.) / संपर्क नंबर (मोबाइल)

Parents' Contact No / परिवार का संपर्क नंबर.....

UDID No. or DC No. (Issued by Competent Authority) यूडीआईडी नंबर या डीसी नंबर (प्रतियोगिता प्राधिकरण द्वारा जारी)

Type of disability / दिव्यांगता का प्रकार.....

Percentage /class of disability, दिव्यांगता का प्रतिशत / वर्ग

Do you use wheelchair? / क्या आप व्हीलचेयर का उपयोग करते हैं? YES हाँ / NO नहीं

Whether you can take care of yourself alone without any escort: क्या आप बिना किसी अनुरक्षक के अकेले अपना ख्याल रख सकते हैं: YES हाँ / NO नहीं

If 'No' Name of the Escort / यदि नहीं अनुरक्षक का नाम

Do you have International Classification? If yes, mention Class / क्या आपके पास अंतरराष्ट्रीय वर्गीकरण है? यदि हाँ, तो वर्ग का उल्लेख करें।.....

Aadhaar Number / आधार संख्या

Paste passport size
colour
Photograph /
पासपोर्ट आकार का
रंगीन फोटो चिपकाएँ

Highest sports achievement / सर्वोच्च खेल उपलब्धि

S.No. क्रमांक	Name of Sport खेल का नाम	Achievements / Place उपलब्धियां / स्थान			Year वर्ष	Specify Performance प्रदर्शन निर्दिष्ट करें (Time/Distance/Points/Weight etc.) (समय/दूरी /अंक / वजन आदि)
		State राज्य	National राष्ट्रीय	International अंतरराष्ट्रीय		

Documents to be attached संलग्न किए जाने वाले दस्तावेज़

(Only self-attested photocopies Originals to be shown when asked)

(केवल स्व-सत्यापितफोटोकॉपी मांगे जाने पर मूल प्रतियाँ दिखानी होंगी)

1. UDID / Disability Certificate, along with supporting medical documents and prescriptions, if any / यूडीआईडी/ दिव्यांगता प्रमाण पत्र, साथ में सहायक चिकित्सा दस्तावेज़ और नुस्खे, यदि कोई हों
2. Aadhaar Card आधार कार्ड
3. Proof of Address (not required if Aadhaar or Passport copies submitted) / पते का प्रमाण (यदि आधार या पासपोर्ट की प्रतियाँ जमा की गई हैं तो इसकी आवश्यकता नहीं है)
4. IPC License copy, if any / आईपीसी लाइसेंस की प्रति, यदि कोई हो
5. Sport Merit/Participation Certificate / खेल योग्यता/भागीदारी प्रमाण पत्र
6. Proof of class last attended. (Marksheet/Degree/Passing Certificate) / अंतिम बार उपस्थित कक्षा का प्रमाण। (मार्कशीट/डिग्री/उत्तीर्ण प्रमाण पत्र)
7. Escort's Aadhaar Card, if any / एस्कॉर्ट का आधार कार्ड, यदि कोई हो
8. 2 passport size photographs / 2 पासपोर्ट आकार की तस्वीरें

MEDICAL FITNESS CERTIFICATE / मेडिकल फिटनेस सर्टिफिकेट

To whom so ever it may concern जो कोई भी इससे संबंधित है उसके लिए

Membership Number / सदस्यता संख्या: -.....

Stick Your Photo

Here

अपनी फोटो यहाँ चिपकाएँ

This is to certify that I have examined Mr./Miss यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंने श्रीमान/सुश्री.....

..... He / She is suffering / not suffering from following diseases.

की जाँच की है वह निम्नलिखित बीमारियों से पीड़ित है/नहीं है।

- | | |
|--|---------------------|
| 1. Any Allergy / कोई एलर्जी | : Yes हाँ / No नहीं |
| 2. Asthma or other chest problem / अस्थमा या छाती की अन्य समस्या | : Yes हाँ / No नहीं |
| 3. Heart Attack / दिल का दौरा | : Yes हाँ / No नहीं |
| 4. Heart Failure / हृदयपात | : Yes हाँ / No नहीं |
| 5. Diabetes / मधुमेह | : Yes हाँ / No नहीं |
| 6. Hypertension / उच्च रक्तचाप | : Yes हाँ / No नहीं |
| 7. Seizures (Fits) / दौरे | : Yes हाँ / No नहीं |
| 8. Prone to muscular cramps / मांसपेशियों में ऐंठन की संभावना | : Yes हाँ / No नहीं |
| 9. Physically Disabled / शारीरिक रूप से अक्षम | : Yes हाँ / No नहीं |
| 10. Mental Disability / मानसिक दिव्यांगता | : Yes हाँ / No नहीं |

11. Any other major disease? / कोई अन्य बड़ी बीमारी? :
(Please specify) (कृपया निर्दिष्ट करें)

Summarizing / सारांश,

Is he/she medically fit to participate in sports activities Swimming & Gym etc.? Yes / No I, Dr क्या वह तैराकी और जिम आदि खेल गतिविधियों में भाग लेने के लिए चिकित्सकीय रूप से फिट है? हाँ / नहीं मैं, डॉ....., hereby declare Mr./Mrs./Ms. एतद्वारा श्री/श्रीमती/सुश्रीto be medically fit to participate in sports activities, and that he/she does not possess a history of any serious medical disorders. को खेल गतिविधियों में भाग लेने के लिए चिकित्सकीय रूप से फिट घोषित करता/करती हूँ, और यह कि उन्हें किसी भी गंभीर चिकित्सा विकार का इतिहास नहीं है।

Date / दिनांक: -.....

Doctor's Seal

Signature of Medical Officer

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर

Registration No/ पंजीकरण संख्या

.....

Declaration / घोषणा

I declare that the statements made in this Application Form are correct and true and also complete to the best of my knowledge and belief. I am aware that if at any stage it is found that the statements made are not true or are incomplete/misleading, my candidature is liable to be cancelled. मैं घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन पत्र में दिए गए कथन मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सही और सत्य हैं और पूर्ण भी हैं। मुझे पता है कि यदि किसी भी स्तर पर यह पाया जाता है कि दिए गए कथन सत्य नहीं हैं या अधूरे/भ्रामक हैं, तो मेरी उम्मीदवारी रद्द की जा सकती है।

Date: -

Athlete's Name / खिलाड़ी का नाम

.....
Signature/Thumb Impression
हस्ताक्षर /अंगूठे का निशान

Parents/Guardian Name (if Minor) /माता-पिता/अभिभावक का नाम (यदि नाबालिग है)

Date: -

.....
Signature/Thumb Impression
हस्ताक्षर/ अंगूठे का निशान