

পশ্চিমবঙ্গ সরকার
সরকারী দৃষ্টিহীন বিদ্যালয়
কুচবিহার—৭৩৬ ১০১, পশ্চিমবঙ্গ
(ফোন ২২৬০২, এস-টি-ডি : ০৩৫৮২)

ভর্তির আবেদন পত্র

- ১.১. ছাত্রের পূর্ণ নাম _____
- ১.২. বয়স _____ ১.৩. ইংরাজী সন মতে জন্ম তারিখ _____
- ১.৪. মাতৃ ভাষা _____ ১.৫. জাতি _____
- ১.৬. বর্ণ _____ ১.৭. ধর্ম _____
- ১.৮. উপসম্প্রদায় (তফসিল ভুক্তের ক্ষেত্রে) _____
(মহকুমা শাসকের স্বাক্ষর ও শীলমোহর যুক্ত প্রমাণপত্র সহ)
- ২.১. ছাত্রের দৃষ্টিহীনতা ছাড়া অন্য কোন শারিরিক অক্ষমতা থাকলে তার পূর্ণ বিবরণ _____
- ২.২. কোন বয়সে দৃষ্টিহীনতা শুরু হয় _____
- ২.৩. দৃষ্টিহীনতার কারণ ও প্রকৃতি _____
- ২.৪. চোখের চিকিৎসা হয়ে থাকলে তার সংক্ষিপ্ত বিবরণ _____
- ২.৫. প্রতিবন্ধীত্বের অভিজ্ঞানপত্র থাকলে তার নম্বর _____ ও
প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের পদ ও ঠিকানা _____
- ৩.১. পূর্বতন বিদ্যালয়ের নাম ও ঠিকানা (যদি পড়ে থাকে) _____
- ৩.২. কোন শ্রেণী পর্যন্ত পড়েছে _____
- ৩.৩. সংগীত / কারিগরী বিজ্ঞা / অন্য কোন বিশেষ বিষয়ে প্রবণতা, আগ্রহ বা যোগ্যতা থাকলে সে বিষয়ের নাম ও
সংক্ষিপ্ত বিবরণ _____
- ৩.৪. কোন শ্রেণীতে ভর্তির জন্য আবেদন _____
- ৪.১. পিতার নাম _____
- ৪.২. মাতার নাম _____
- ৪.৩. অভিভাবকের নাম (পিতা-মাতা মৃত হলে) _____
- ৪.৪. অভিভাবকের সঙ্গে সম্পর্ক _____
- ৪.৫. বর্তমান ঠিকানা _____
- ৪.৬. স্থায়ী ঠিকানা _____
- ৪.৭. পিতা / মাতা / অভিভাবকের পেশা _____
- ৪.৮. স্থানীয় অভিভাবকের নাম ও ঠিকানা _____
- ৪.৯. ছাত্রের সঙ্গে সম্পর্ক _____
ও মোট মাসিক আয় _____
- ৪.১০. পোষ্য সংখ্যা _____
- ৪.১১. পরিবারে উপার্জনক্ষম ব্যক্তির সংখ্যা ও মোট মাসিক আয় _____
- ৪.১২. পিতা / অভিভাবকের বাস্তব জমির পরিমাণ _____
কৃষি জমির পরিমাণ _____

৫.১. পরিবারে আর কেউ দৃষ্টিহীন/ অন্ধরূপ প্রতিবন্ধী থাকলে তার নাম _____

৫.২. ছাত্রের সঙ্গে সম্পর্ক _____

৫.৩. প্রতিবন্ধীত্বের / দৃষ্টিহীনতার কারণ ও প্রকৃতি _____

৬. চক্ষু চিকিৎসকের প্রমাণ পত্র।

যথাবিহিত পরীক্ষাস্ত্রে আমি ঘোষণা করছি যে শ্রী _____

_____, পিতা _____

ঠিকানা _____

(ক) সম্পূর্ণরূপে দৃষ্টিহীন—

(খ) উপযুক্ত চশমা পড়া সত্ত্বেও স্নেলেন তালিকা অনুযায়ী তার দৃষ্টিশক্তির সীমা ৬/৬০-এর বেশী নয়।

(গ) দৃষ্টিশক্তির সীমা ৬/৬০-এর বেশী হলেও তার পরিধি ২০° কোণের বেশী নয়।

তারিখ _____

চক্ষু চিকিৎসকের স্বাক্ষর _____

পদ _____

রেজিস্ট্রেশন নং _____

৭. সাধারণ চিকিৎসকের প্রমাণ পত্র।

যথাবিহিত পরীক্ষাস্ত্রে আমি ঘোষণা করছি যে শ্রী _____

_____, পিতা _____

ঠিকানা _____

দৃষ্টিহীনতা ছাড়া কোন জটিল পুরানো রোগ নেই, সংক্রামক কোন রোগ নেই। সে সম্পূর্ণ সুস্থ এবং আবাসিক বিদ্যালয়ে উত্তীর্ণ উপযুক্ত।

তারিখ _____

সাধারণ চিকিৎসকের স্বাক্ষর _____

পদ _____

রেজিস্ট্রেশন নং _____

৮.(ক) আর্থিক অবস্থার প্রমাণপত্র। (দেবেন—উচ্চ বিদ্যালয়ের প্রধান শিক্ষক / গ্রাম প্রধান / এম. এল. এ / এম. পি / নথিভুক্ত সরকারী আধিকারিক)

আমি শ্রী _____

_____, পিতা / অভিভাবক

শ্রী / শ্রীমতি _____

_____, ঠিকানা _____

_____, কে চিনি। তার পারিবারিক

মাসিক আয় _____

সর্ব মোট _____

টাকা।

তারিখ _____

স্বাক্ষর _____

শীল মোহর : _____

পদ _____

(খ) অভিভাবকের ঘোষণা : আবেদনপত্রে উল্লেখিত সমস্ত বিবরণই সত্য বলে ঘোষণা করছি। বিদ্যালয়ের নিয়ম-কানুন আমি সম্পূর্ণভাবে মেনে চলব। সন্তান / পোস্তের শিক্ষার ব্যাপারে বর্তৃপক্ষের সঙ্গে সম্পূর্ণভাবে সহযোগিতা করব। সমস্ত বিষয়ে বিদ্যালয়ের কর্তৃপক্ষের সিদ্ধান্ত চূড়ান্ত বলে স্বীকার করব। পোস্তের / সন্তানের আঠার বৎসর পূর্ণ হলে বা সে বিদ্যালয়ের নিয়ম-শৃঙ্খলা মেনে না চললে তাকে বাড়ীতে ফিরে নিতে বাধ্য থাকব।

তারিখ _____

অভিভাবকের স্বাক্ষর—

৯. অধ্যক্ষের মন্তব্য :

স্বাক্ষর—

তারিখ—

১০. জেলা শাসকের সুপারিশ

পত্র নং

তারিখ

১১. সমাজ কল্যাণ অধিকর্তার অনুমোদনের পত্র নং—

তারিখ—

ভর্তির তারিখ

বিছালয়ে যোগদানের তারিখ

স্বাক্ষর—

অধ্যক্ষ—

তারিখ—

MEDICAL CERTIFICATE FOR THE BLIND

Certified that I Dr.....Registration No.....
have this.....day of.....19.....examined the candidate
whose particulars given below :

1. Name of Candidate :
2. Father's Name :
3. Sex :
4. Approximate Age :
5. Identification Marks :
6. Extent of residual vision, if
any : R. E. :
L. E. :
7. Onset of blindness ? (please state
whether blindness is from or
acquired later. It has been
caused afterwards the age and cause of
blindness may be indicated).

For the purpose of this assistance, the blind are
those suffer from either of the following :

- (a) Total absence or sight :
 - (b) Visual acuit not exceeding 6/60 or 20/200
(Snellen) in the better eye with correcting
lenses :
 - (c) Limitation of the field of vision subtending
as angle of 20 degrees or werse :
8. Please state clearly whether the candidate
is blind for the purpose of this assistance :

Signature of the candidate,
Place :
Date :

Signature of Ophthalmologist
or M.O. in the cadre of
W.B.H.S.
Designation :

Address :