

केंद्रीय विद्यालय संगठन
KENDRIYA VIDYALAYA SANGATHAN
केंद्रीय विद्यालय गोमतीनगर, लखनऊ
KENDRIYA VIDYALAYA GOMTINAGAR, LUCKNOW

Photo

सत्र/Session-20_____

क्रम संख्या / Sl. No.

पंजीकरण संख्या / REG. NO.

पथम पाली / 1st Shift

द्वितीय पाली / 2nd Shift

1. विद्यार्थी का पूरा नाम (स्पष्ट शब्दों में)

Name of child in full (In capital letters)

लिंग/Sex

पुरुष/Male

स्त्री/Female

तृतीय लिंग / Third Gender

दिन/Day

मास/Month

वर्ष/Year

2. जन्म तिथि (अंकों में)

DOB in Figure

बच्चे की आयु 31.03.20_____

Age as on

3. बच्चे का रक्त समूह (RH फैक्टर सहित)

Blood Group of the Child (With Rh factor)

4. छात्र की सम्बंधित श्रेणी / The Category to which the child belong

सा0 श्रेणी

अनु. जाति

अनु. जन जाति

अ.पि वर्ग

आर्थिक रूप से पिछड़ा वर्ग

बी पी एल

विकलांग

एकलौती कन्या

Gen. Cat

SC

ST

OBC

EWS

BPL

Disabled

SG Child

यदि बच्चा अनु. जाति/अनु. जन जाति/ अ.पि वर्ग/ आर्थिक रूप से कमजोर / बी पी एल / विकलांग / इकलौती कन्या श्रेणी से सम्बंधित हैं तो तत्संबंधी प्रमाण पत्र भी संलग्न करें | (If the child belongs to SC/ST/OBC/EWS/BPL/Disabled/SG category, please attach relevant certificate) में एतत् द्वारा यह प्रमाणित करता/करती हूँ कि उपर्युक्त प्रविष्टियाँ मेरी जानकारी में सत्य है |

5. विवरण /	माता / Mother	पिता / Father
(i) नाम / Name (In Capital Letters)		
(ii) राष्ट्रियता / Nationality		
(iii) व्यवसाय / Occupation		
(iv) कार्यालय का नाम, पता और दूरभाष Name of office, address and phone.		
(v) पूर्ण आवासीय पता और दूरभाष Full residential address and phone.		
(vi) विद्यालय से दूरी / Distance from School		
(vii) स्थाई पता / Permanent Address		
(viii) मूल वेतन / Basic Pay		
(ix) 31.03.20..... को पिछले 7 वर्षों के दौरान स्थानांतरणों की संख्या No. of Transfers in last 7 years as on 31.03.20.....		
(x) अभिभावक की श्रेणी केंद्रीय/केंद्रीय स्वायत्त / राज्य कर्मी / राज्य कर्मी स्वायत्त / अन्य Cat. Of parent Defense/ Cent. Govt/Cent Govt. Autonomous/ State Govt. / State Govt. Autonomous/ Private		
(xi) कर्मचारी कोड / Employee code		

I certify that the above entries are true to the best of my knowledge.

माता पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर / Signature of Parent

पूरा नाम / Full Name:.....

तिथि / Date: _____

सेवा प्रमाण-पत्र/SERVICE CERTIFICATE

(केन्द्रीय सरकार/Central Govt.)

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती-----, पद-----

कार्यालय/मंत्रालय में नियमित कर्मचारी के रूप में कार्यरत है। वे रक्षा सेवा/केन्द्रीय रिजर्व पुलिस बल/एस.एस.बी./असम राइफल्स/आई.टी.बी.पी/सीमा सुरक्षा बल/एन.एस.जी./एस.पी.जी./सी.आई.एस.एफ./केन्द्रीय सरकार स्वायत्त सस्था अथवा सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रम जो पूर्ण या आंशिक रूप से केंद्र सरकार से वित्त-पोषित है, के नियमित कर्मचारी हैं तथा उनकी सेवा अस्थानांतरणीय है/पूर्ण भारत में कहीं भी स्थानांतरणीय है।

Certified that Shri/Smt.....Designation.....is working as regular employee in the office/Ministry of He/She is a regular employee of Defence Service /ITBP/CRPF/BSF/NSG/SPG/CISF/SSB/Assam Rifles/Central Govt./Autonomous Body/Public Sector Undertaking fully financed /partially financed by Central Govt. and his/her services are non-transferable/transferable anywhere in india

कार्यालय अध्यक्ष के हस्ताक्षर

(नाम, पद और कार्यालय की मोहर सहित)

Signature of Head of the Office

(With Name, Designation and Office Stamp)

स्थान/Place _____

दिनांक/Date _____

कार्यालय का पूर्ण पता एवं दूरभाष संख्या _____

Complete address and Telephone No. of office _____

सेवा प्रमाण-पत्र/SERVICE CERTIFICATE

(राज्य-सरकार/State Govt.)

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती-----, -----

-----कार्यालय/मंत्रालय में नियमित कर्मचारी के रूप में कार्यरत है। तथा उनकी सेवा अस्थानांतरणीय है/पूर्ण राज्य में कहीं भी स्थानांतरणीय है।

Certified that Shri/Smt..... is permanently working in the office/Ministry of and his/her services are non-transferable/transferable anywhere in State.

कार्यालय अध्यक्ष के हस्ताक्षर

(नाम, पद और कार्यालय की मोहर सहित)

Signature of Head of the Office

(With Name, Designation and Office Stamp)

स्थान/Place _____

दिनांक/Date _____

कार्यालय का पूर्ण पता एवं दूरभाष संख्या _____

Complete address and Telephone No. of office _____

स्थानांतरण संख्या प्रमाण-पत्र/CERTIFICATE OF NUMBER OF TRANSFERS

में, _____ (नाम) _____ (रैंक/पदनाम) _____ (कार्यालय)

एतद द्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ पिछले सात साल (31.03.2020 तक) में एक स्थान से दूसरे स्थान पर मैंने _____ (अंको व शब्दों में) स्थानांतरण हुए जिनका विवरण नीचे दिया गया है-

I, _____ (Name) _____ (rank/ designation) of _____ (office), do hereby certify that during the past 7 years (up to 31.03.2020) I have been transferred _____ times (in figures & in words) from one station to another, the details of which are given as under :-

क्र. स. S. No.	कार्यालय/ यूनिट Office/Unit	स्थान Place	रैंक/पदनाम Rank/Designation	दिनांक/Date		ठहरने की अवधि Period of stay	आदेश संख्या Order No.
				से/ From	तक/To		
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							

मैं जानता/जानती हूँ कि यदि उपरोक्त तथ्य गलत पाए गए तो मेरा बच्चा केन्द्रीय विद्यालय में प्रवेश के लिए अयोग्य हो जाएगा। I know that if the above-mentioned facts are found incorrect, my child will be disqualified for admission in Kendriya Vidyalaya.

माता/पिता के हस्ताक्षर
Signature of Parent

प्रतिहस्ताक्षर/Countersignature

में, _____ (नाम) _____ (रैंक/पदनाम) _____

(कार्यालय), एतद द्वारा प्रमाणित करता हूँ कि उपरोक्त विवरण को कार्यालय-आलेखों से जाँच लिया गया है व सही पाया गया है।

I, _____ (name) _____ (rank/designation) of _____ (unit/department) hereby certify that the particulars given in above have been authenticated by the records held in the office and found correct.

कार्यालय अध्यक्ष के हस्ताक्षर
(नाम, पद और कार्यालय की मोहर सहित)
Signature of Head of the Office
(With Name, Designation and Office Stamp)

स्थान/Place _____

दिनांक/Date _____

कार्यालय का पूर्ण पता एवं दूरभाष संख्या _____
Complete address and Telephone No. of office _____

टिपण्णी/Note-

एक स्थान पर ठहरने की अवधि कम से कम छह मास होनी चाहिए।
Period of posting/stay at a place should be minimum six months.

सेवा-कालीन मृत्यु प्रमाण-पत्र / DIED IN HARNESS CERTIFICATE
(केवल केन्द्रीय सरकार के कर्मचारियों के लिए/Only for Central Govt. Employees)

प्रमाणित किया जाता है कि कुमार/कुमारी ----- स्वर्गीय
श्री/श्रीमती -----के पुत्र/पुत्री हैं जो -----
(कार्यालय/विभाग) में नियमित रूप से सेवारत थे/थीं और उनका देहावसान सेवाकाल की अवधि में
दिनांक -----को हो गया था।

Certified that Master/Miss _____ is the son/daughter of Late Sh./Smt.
_____ who was regular employee of _____
(Office/Department) and he/she died in harness (while in service) on _____ (date).

स्थान/Place _____
दिनांक/Date _____

कार्यालय अध्यक्ष के हस्ताक्षर
(नाम, पद और कार्यालय की मोहर सहित)
Signature of Head of the Office
(With Name, Designation and Office Stamp)

कार्यालय का पूर्ण पता एवं दूरभाष संख्या _____
Complete address and Telephone No. of office _____