



OFFICE OF THE DEAN,  
Late Shri Lakhiram Agrawal Memorial Govt. Medical College Raigarh, (C.G.)  
Bendrachuwa, Raigarh, Chhattisgarh, ph-07762-220742  
e-mail: [gmcraigarh.2013@gmail.com](mailto:gmcraigarh.2013@gmail.com) , Fax No. -07762-220741

**Required Document and Fee Detail for**  
**MBBS Admission (State Quota 2020-21)**

**ONE D.D. -**

**D.D. 50,000/- in favour of**

**Dean, Late Shri Lakhiram Agrawal Govt. Memorial**  
**Medical College Raigarh. (Chhattisgarh)**

**(अधिष्ठाता, स्व. श्री लखीराम अग्रवाल स्मृति शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय,**  
**रायगढ़ (छत्तीसगढ़)**



**OFFICE OF THE DEAN****Late Shri Lakhiram Agrawal Memorial Govt. Medical College Raigarh, (C.G.)**

Bendrachuwa, Raigarh, Chhattisgarh, ph-07762-220742

**Requirment Document For State Quota 2020-21**

S.No.	Name of Documents
1	Neet Admit card 2020-21
2	Neet Mark sheet 2020-21
3	Allotment letter
4	10th Marksheet and Passing Certificate
5	12th Marksheet and Passing Certificate
6	Transfer Certificate
7	Character certificate
8	Gap Affidavit (if Applicable) (on Rs 50 Stamp)
9	Migration certificate
10	Caste Certificate
11	EWS Certificate (if Applicable)
12	Domicile Certificate
13	Medical Certificate
14	Income certificate for OBC*/SC/ST
15	Class certificate (S/FF/PH) (If Applicable as per proforma gazette notification)
16	Rural service bond (on Rs.250 stamp)
17	Discontinuation bond (on Rs.250 stamp)
18	Anti Ragging affidavit- student (on Rs.20 stamp)
19	Anti Ragging affidavit- Guardian (on Rs.20 stamp)
20	Document authentication affidavit Declaration Form (on Rs.50 stamp)
21	Domicile authentication Affidavit (on Rs.50 stamp)
22	6 Photograph
23	Identity Card (Aadhar Card)

**Note - All Documents Should be in Triplicate Copy with Originals and in soft copy**

M.B.B.S. ADMISSION STUDENT PROFILE - 2020-21

Name of Student																					
Age			Sex			Category					Phisically Handicapped										
Father's Name																					
Mother's Name																					
Date Of Birth																					
Present Address																					
Permanent Address																					
Aadhar No.																					
Student Mobile No.																					
Parent Mobile No.																					
Mail ID																					
MBBS Selection Detail																					
Selected By	NEET UG - 2020-21																				
Roll No.																					
Obtain Marks /Max Marks											NEET Percentage										
Obtain Marks / MM	All Over Rank										Category Rank										
12th Passing Details																					
Board Name																					
Obtain Marks /Max Marks	English						Physics						Chemistry			Biology					
	Total Obtain Marks /Max Marks														PCB Percentage						
Passing Year																					
School Name																					
School Address																					

Above given information is true. When I will change my Present/permanent Address or My Contact Number Durning my Study , I will inform Dean office immediately.

Parent Sign

Student Sign

Date

Date





Stamp 50 /-

**// DECLARATION FORM //**

While seeking admission in Medical College, Raigarh I hereby declare that the records and documents which have been submitted by me to your office are true to the best of my knowledge. In case any of my documents submitted by me are found false or forged, my admission may be cancelled and I will have no right to claim for the refund of fees deposited by me.

I shall abide by the directives regarding the discipline and am also prepared to pay fee if and when it is revised by the Govt. of C.G.

Signature:-.....

Full Name of Students .....

Full Address:- (Correspondence)

.....  
.....  
.....  
.....

Full Address:- (Permanent)

.....  
.....  
.....  
.....

**// शपथ पत्र //**

मैं ..... पुत्र/पुत्री/पत्नि श्री ..... निवास  
..... छत्तीसगढ़ के चिकित्सा महाविद्यालय/दंत चिकित्सा  
महाविद्यालय में स्नातक पाठ्यक्रम (एमबीबीएस/बीडीएस) में आबंटित अभ्यर्थी हूँ। मेरा चयन  
एमबीबीएस/बीडीएस पाठ्यक्रम हेतु अनारक्षित/आरक्षित श्रेणी के अंतर्गत हुआ है।

मेरे द्वारा स्फुटनी में प्रस्तुत किये मूल निवासी प्रमाण पत्र जाति प्रमाण पत्र तथा अन्य सभी  
दस्तावेज मेरी जानकारी अनुसार सत्य और सही है यदि इनमें कोई दस्तावेज असत्य/झूठे पाये जाते हैं  
तो मेरी जिम्मेदारी होगी तथा मेरे द्वारा कोई भी सुसंगत तथ्यों को छिपाया नहीं गया है।

उपरोक्त में यदि कोई न्यूनतः या झूठे प्रमाण पत्र पाये जाते हैं तो मेरा प्रवेश निरस्त सहित  
आवश्यक अपराधिक एवं कानूनी कार्यवाही करने हेतु कार्यालय स्वतंत्र होगा तथा मुझे इसमें कोई आपत्ति  
नहीं है।

गवाह :-

1. ....
2. ....

हस्ताक्षर  
आवेदक/निष्पादनकर्ता

गवाह न.  
1 का फोटो

गवाह न.  
2 का फोटो

आवेदक का  
फोटो

नोट : एक गवाह आवेदक पालक/माता/पिता में से कोई एक होना आवश्यक है।



(250/- के नानज्युडिशियल स्टाम्प - पर निष्पादित कर नोटरी द्वारा सत्यापित किया जाए)  
(छत्तीसगढ़ के चिकित्सा महाविद्यालयों में स्नातक पाठ्यक्रम में प्रवेशार्थियों द्वारा राज्य-शासन के अधीन सेवा करने हेतु बन्ध पत्र (वॉण्ड) का प्रारूप)

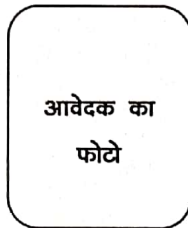
1. मैं, .....(छात्र का नाम) पुत्र/पुत्री/पत्नि .....(पिता का नाम) निवासी .....  
..... छत्तीसगढ़ के चिकित्सा महाविद्यालय में स्नातक पाठ्यक्रम में प्रवेशित अभ्यर्थी हूँ।  
मेरा चयन एम.बी.बी.एस. पाठ्यक्रम हेतु सामान्य /आरक्षित श्रेणी के अंतर्गत हुआ है।
2. यह कि मुझे वर्ष - 2020 में आयोजित NEET-2020 प्रवेश परीक्षा से शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय रायगढ़ में शैक्षणिक सत्र - 2020-21 में, MBBS सीट आबंटित की गई है।
3. यह कि वर्ष - 2020 की काउंसलिंग के पूर्व मैंने छत्तीसगढ़ शासन, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग मंत्रालय नया रायपुर की अधिसूचना क्रमांक एफ 21-02/2018 /नौ/55-4 नया रायपुर दिनांक 25 मई 2018 छत्तीसगढ़ राज्य के चिकित्सा महाविद्यालयों के एम.बी.बी.एस. पाठ्यक्रमों में प्रवेश नियमों को पढ़कर भली-भांति समझ लिया है। उपरोक्त अधिसूचना के कंडिका 10 जिसमें राज्य शासन के अधीन सेवा करने हेतु बंध पत्र निष्पादित करने संबंधित जानकारियां दी गई हैं, जिसे मैंने भली-भांति समझ लिया है एवं मैं उक्त नियम की सभी बिन्दुओं से सहमत हूँ।
4. मैं एतद् द्वारा बंध पत्र निम्न शर्तों पर निष्पादित करता/करती हूँ कि मैं एम.बी.बी.एस. पाठ्यक्रम को सफलता पूर्वक पूर्ण करने के उपरान्त राज्य शासन के अधीन दो वर्षों की कालावधि तक अनिवार्य रूप से कार्य करूंगा /करुंगी।
5. यदि अनिवार्य शासकीय सेवा अवधि के दौरान मेरा चयन चिकित्सा स्नातकोत्तर पाठ्यक्रम हेतु हो जाता है तो अनिवार्य शासकीय सेवा की शेष अवधि मेरे द्वारा चिकित्सा स्नातकोत्तर पाठ्यक्रम पूर्ण करने पश्चात किया जावेगा।
6. यह कि इस बंध पत्र का उल्लंघन होने की दशा में शासन को अधिकार होगा की मेरी चल व अचल संपत्ति से अथवा इस बंध पत्र में मेरे प्रतिभूति के रूप में हस्ताक्षरकर्ता .....  
(प्रतिभूतिकर्ता का नाम) पुत्र /पुत्री /पत्नि .....(प्रतिभूतिकर्ता के पिता का नाम) निवासी पता ..... की चल व अचल संपत्ति (संपत्ति का सम्पूर्ण विवरण) से इस बंध पत्र की राशि रुपये ..... शब्दों में ..... रुपये) की वसूली व साथ ही पाठ्यक्रम अवधि के दौरान शासन द्वारा भुगतान की गई संपूर्ण छात्रवृत्ति /शिष्यावृत्ति की संपूर्ण राशि की वसूली भू-राजस्व के बकाया के रूप में की जावेगी।
7. जब तक पूरी राशि की वसूली नहीं हो जाती तब तक मुझे अधिष्ठाता के द्वारा अनापत्ति पत्र प्रदान नहीं किया जावेगा।
8. अधिष्ठाता के द्वारा अनापत्ति प्रमाण पत्र जारी होने के पश्चात् मैं संचालक चिकित्सा शिक्षा को उक्त अनापत्ति प्रमाण पत्र प्रस्तुत करूंगा /करुंगी जिसकी अनुसंधान पर विश्वविद्यालय द्वारा अंतिम डिग्री प्रदान की जावेगी व राज्य मेडिकल बोर्ड में स्नातक योग्यता का स्थायी पंजीयन मुझे प्राप्त अंतिम डिग्री के आधार पर ही किया जावेगा।

9. एम.बी.बी.एस. पाठ्यक्रम के सफलता पूर्वक पूर्ण किये जाने की सूचना विश्वविद्यालय से प्राप्ति के छः माह के भीतर यदि आयुक्त स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग नियुक्ति आदेश जारी नहीं करते हैं। तो यह बंध पत्र स्वयं निरस्त समझा जावेगा।
10. यह कि मुझे ज्ञात है, कि विवाद की स्थिति में छत्तीसगढ़ शासन का निर्णय अंतिम एवं मान्य होगा।

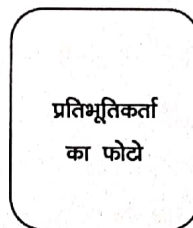
गवाह :-

1. .... हस्ताक्षर  
2. ....हस्ताक्षर

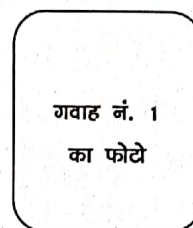
हस्ताक्षर  
आवेदक /निष्पादनकर्ता



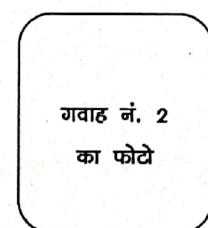
आवेदक



प्रतिभूतिकर्ता



गवाह 01



गवाह 02

प्रतिभूतिकर्ता

मैं .....(प्रतिभूतिकर्ता का नाम) पुत्र /पुत्री /पत्नि .....(प्रतिभूतिकर्ता के पिता का नाम) निवासी ..... उपरोक्तानुसार बंध पत्र के लिये प्रतिभूति तथा बंध पत्र के उल्लंघन की दशा में बंध पत्र में उल्लेखित राशि मेरी चल व अचल संपत्ति से वसूल की जा सकेगी।

हस्ताक्षर  
प्रतिभूतिकर्ता



(सभी प्रवेशित अभ्यर्थियों हेतु)

(250/- के नानज्युडिशियल स्टाम्प - पर निष्पादित कर नोटरी द्वारा सत्यापित किया जाए)

(छत्तीसगढ़ के चिकित्सा महाविद्यालयों में प्रवेशार्थियों द्वारा निष्पादित किये जाने वाले शपथ पत्र का प्रारूप)

मेरा पुत्र/पुत्री .....(छात्र का नाम) आत्मज /आत्मजा.....

(छात्र का पिता का नाम) निवासी ..... छत्तीसगढ़ के

चिकित्सा महाविद्यालय स्व. श्री लक्ष्मीराम अग्रवाल स्मृति शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय

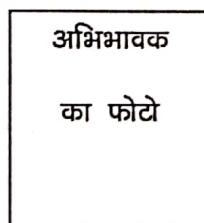
रायगढ़ में स्नातक पाठ्यक्रम (एमबीबीएस) में प्रवेश हेतु चयनित अभ्यर्थी है।

1. मैंने छत्तीसगढ़ शासन स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग मंत्रालय रायपुर की अधिसूचना क्रमांक एफ 21-02/2018/नौ/55-4 नया रायपुर दिनांक 25 मई 2018 छत्तीसगढ़ चिकित्सा, दंत चिकित्सा एवं भौतिक चिकित्सा स्नातक प्रवेश नियम 11 एवं "निर्देशिका" में निहित प्रावधानों को भली-भांति पढ़कर समझ लिया है।
2. मेरा पुत्र /पुत्री राज्य कोटे की सामान्य /आरक्षित श्रेणी के छात्र /छात्रा है।
3. मैं एतद् द्वारा यह शपथ पत्र निम्न शर्तों पर निष्पादित करता हूँ कि -
  - (क) मेरा पुत्र /पुत्री स्नातक पाठ्यक्रम सफलता पूर्वक पूर्ण करने के पश्चात् शासन द्वारा अधिसूचित ग्रामीण क्षेत्रों में दो वर्षों की कालावधि तक चिकित्सा अधिकारी के रूप में शासकीय स्वास्थ्य केन्द्र /संस्था में कार्य करेगा /करेगी।
  - (ख) मेरा पुत्र /पुत्री के द्वारा उपरोक्त अवधि तक ग्रामीण सेवा करने का प्रमाण पत्र जिसे आयुक्त स्वास्थ्य सेवाएं के द्वारा प्रदान किया जायेगा के प्रस्तुत करने के पश्चात ही उसे स्नातक की उपाधि की प्राप्ति हेतु संस्था प्रमुख द्वारा अनापत्ति प्रदान की जायेगी।
  - (ग) मेरे पुत्र/पुत्री के द्वारा ग्रामीण सेवा पूर्ण न करने की दशा में मेरे पुत्र /पुत्री की स्नातक उपाधि व मूल अभिलेख राजसात किये जा सकेंगे।
  - (घ) यदि मेरे पुत्र /पुत्री के द्वारा द्वितीय काउंसिलिंग की प्रवेश की अंतिम तिथि उपरांत शिक्षण सत्र 2020-21 हेतु एमबीबीएस पाठ्यक्रम की प्रवेशित सीट का परित्याग किया जाता है तो, मेरे द्वारा अनारक्षित श्रेणी हेतु रु. 25 लाख अथवा आरक्षित श्रेणी हेतु रु. 20 लाख तथा छात्रवृत्ति की संपूर्ण राशि (यदि कोई हो तो) शासन को देय होगी।

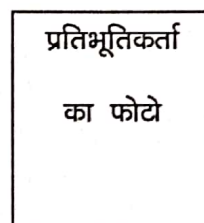
पता .....

फोन नं. ....

अभिभावक



अभिभावक



प्रतिभूतिकर्ता

हस्ताक्षर



## प्रतिभूतिकर्ता

में .....(अभिभावक के प्रतिभूतिकर्ता का नाम) पुत्र /पुत्री /पत्नि श्री .....  
.....(प्रतिभूतिकर्ता के पिता का नाम) निवासी .....

उपरोक्तानुसार शपथ पत्र के उल्लंघन की दशा में शपथ पत्र में उल्लेखित राशि मेरे द्वारा प्रदाय की जायेगी ।

गवाह के हस्ताक्षर नाम एवं पता सहित:-

1. ....

हस्ताक्षर

2. ....

प्रतिभूतिकर्ता

गवाह नं. 01  
का फोटो

गवाह नं. 02  
का फोटो

1. गवाह

2. गवाह

नाम - .....

पता - .....

छात्र का आश्वासन

1. मैं .....(प्रवेश/पंजकरण/नामांकन/ संख्या के साथ ही छात्र का पूरा नाम) सुपुत्र/सुपुत्री/ .....श्री/श्रीमती/सुश्री/ .....जिसे .....  
..... मैं (संस्थान का नाम) प्रवेश दिया गया है, उसने उच्च शैक्षिक संस्थानों, मैं 2009 के जोखिम पर नियंत्रण संबंधी यूजीसी विनियमों की प्रति प्राप्त की है (जो इसके आगे से विनियम कहलायेंगे) तथा इन विनियमों में समविष्ट प्रावधानों को ध्यानपूर्वक पढ़ कर पूरी तरह से समझ लिया हूँ।
2. मैंने विशेष रूप से इन विनियमों की धारा 3 को ध्यानपूर्वक पढ़ा है तथा मुझे इस बात का संज्ञान है कि रैगिंग में कौन सी बातें सम्मिलित हैं।
3. मैंने विनियमों की धारा 7 एवं 9.1 को भी विशेष रूप से पढ़ा है तथा मैं उस दण्डात्मक एवं प्रशासनिक कार्रवाई के विषय में पूरी तरह से सचेत हूँ जो मेरे विरुद्ध लागू की जा सकती है यदि मैं रैगिंग को बढ़ावा देने के लिए दोषी पाया जाता हूँ अथवा रैगिंग को सक्रिय अथवा छिपे तौर से प्रोत्साहित करने अथवा इस विषय में षड्यन्त्र करने का दोषी पाया जाता हूँ।
4. मैं एतद्वारा सत्यनिष्ठ रूप से प्रमाणित करता/करती हूँ एवं आश्वासन देता/देती हूँ कि.....  
.....  
(क) मैं ऐसे किसी व्यवहार अथवा कृत्य में संलिप्त नहीं होऊँगा/होऊँगी जिसे इन विनियमों की धारा 3 के अन्तर्गत रैगिंग के रूप में माना जा सकता है।  
(ख) मैं ऐसे किसी आचरण अथवा अनाचरण के काम में न तो भाग लूँगा/लूँगी न ही उसके षड्यन्त्र में अथवा उसके प्रोत्साहन में शामिल होऊँगा। जिस कृत्य को इन विनियमों की धारा 3 के अन्तर्गत रैगिंग के रूप में माना गया।
5. मैं एतद्वारा प्रमाणित करता/ करती हूँ कि यदि मैं दोषी पाया जाता हूँ तो इन विनियमों की धारा 9.1 के अनुसार इनसे बिना पूर्वाग्रह के मैं दण्ड के लिए तथा ऐसी दण्डात्मक कार्यवाई के लिए उत्तरदायी हूँ। जो कि अन्य किसी अपराधिक मामले के प्रति किसी चालू दण्डात्मक अथवा अन्य किसी कानून के अनुसार मेरे विरुद्ध की जा सकती है।
6. मैं घोषित करता /करती हूँ कि इस देश के किसी भी संस्थान ने मुझे रैगिंग के षड्यन्त्र में अथवा इसे प्रोत्साहित करने, इसको भड़काने में अथवा इसमें भाग लेने के मामले में दोषी पाने के लिए ना तो निष्कासित किया है ना ही प्रवेश से बाधित किया है - और मैं यह भी प्रमाणित करता/करती हूँ कि यदि की गई यह घोषणा असत्य पाई जाती है तो मुझे पूरी जानकारी है कि मेरा प्रवेश निरस्त करने का उत्तरदायित्व मुझ पर होगा।  
घोषित किया गया ..... दिन ..... माह ..... वर्ष .....

शपथकर्ता के हस्ताक्षर  
नाम

## सत्यापन

सत्यापित किया जाता है कि यह वचनबद्धता मेरे संज्ञान सर्वांगीण रूप से सत्य है तथा इसका कोई भी अंश असत्य नहीं है तथा इसमें कथित कोई भी बात ना तो छिपाई गई और नहीं अयर्थाय कही गई है।

सत्यापित (स्थान) ..... दिन ..... माह ..... वर्ष .....

शपथकर्ता के हस्ताक्षर  
नाम



**माता – पिता/अभिभावक द्वारा दी गई प्रतिबद्धता**

1. श्री/श्रीमती/सुश्री ..... (माता-पिता/अभिभावक का पूरा नाम छात्र का पूरा नाम उसके प्रवेश/पंजीकरण/नामांकन संख्या सहित) के पिता –माता/अभिभावक, जिसके छात्र को ..... (संस्थान का नाम) में प्रवेश दिया गया है, इसने उच्च शैक्षिक संस्थानों, 2009, में रैगिंग के जोखिम पर नियन्त्रण लगाने से संबद्ध यूजीसी विनियमों (जो आगे से विनियम के नाम पर कहलायेंगे) को ध्यानपूर्वक पढ़ लिया है तथा इन विनियमों में समाविष्ट प्रावधानों को पूरी तरह समझ लिया है।
2. मैंने विशिष्ट रूप से इन विनियमों का अवलोकन किया है तथा मुझे इन बात की जानकारी है कि रैगिंग में क्या बात शामिल है।
3. मैंने विनियमों की धारा 7 एवं 9.1 का भी विशेष रूप से अध्ययन किया है तथा मैं पूरी तरह से जागरूक हूँ कि यदि मेरी संतान रैगिंग की अथवा रैगिंग में सहायक होने की सक्रिय अथवा छिपे तौर से दोषी पाया/पाई जाती है अथवा रैगिंग को बढ़ावा देने के षड़यन्त्र का एक हिस्सा होता/होती है तो उस स्थिति में उसके विरुद्ध जिस दण्डात्मक एवं प्रशासनिक कार्यवाई का वह भागीदार होगा/होगी, वह मेरे संज्ञान में है।
4. मैं एतद्वारा सत्यनिष्ठ रूप से प्रमाणित करता/करती हूँ एवं आश्वासन देता/देती हूँ कि .  
(क) मेरी संतान ऐसे किसी व्यवहार अथवा कृत्य में संलिप्त नहीं होगी जिसे विनियमों की धारा 3 के अंतर्गत रैगिंग माना गया है।  
(ख) मेरी संतान जान बूझकर अथवा भूलचूक से ऐसे किसी कृत्य में न तो संलिप्त होगी अथवा न ही उसमें सहायक होगी ना ही उसे प्रोत्साहित करेगी जिसे इन विनियमों की धारा 3 के अंतर्गत रैगिंग के रूप में माना गया है।
5. एतद्वारा मैं यह घोषित करता/करती हूँ कि यदि मेरी संतान रैगिंग की दोषी पाई जाती/पाया जाता है तो वह इन विनियमों की धारा 9.1 के अनुसार दण्ड की भागीदारी होगा/होगी जो कि किसी भी अन्य आपराधिक कृत्य के पूर्वाग्रह के बिना होग – तथा जो दण्ड मेरी संतान के विरुद्ध किसी भी दण्ड संबंधी कानून के अथवा वर्तमान में लागू किसी भी अन्य कानून के अनुसार होगा।
6. एतद्वारा मैं यह घोषित करता/करती हूँ कि यदि मेरी संतान इस देश में विद्यमान किसी भी संस्थान द्वारा रैगिंग की दोषी अथवा उसमें सहायक होने कि अथवा षड़यन्त्र का एक हिस्से के रूप से दोषी होने के कारण अथवा उसे प्रोत्साहित करने के दोष के कारण निष्कासित नहीं हुई है हुआ है तथा मैं यह भी पुष्टि करता हूँ कि यदि यह घोषणा असत्य पाई जाती है, तो मेरी संतान को दिया गया प्रवेश निरस्त कर दिया जायेगा।

घोषित किया गया ..... दिन ..... माह ..... वर्ष .....

शपथकर्ता के हस्ताक्षर

नाम

पता

दूरभाष नं./मो.नं. ....

सत्यापन

सत्यापित किया जाता है कि यह वचनबद्धता मेरे संज्ञान में सर्वांगीण रूप से सत्य है तथा इसका कोई भी अंश असत्य नहीं है तथा इसमें कथित कोई भी बात ना तो छिपाई गई है और ना ही अयर्थाथ कही गई है।

सत्यापित (स्थान) ..... दिन ..... माह ..... वर्ष .....

शपथकर्ता के हस्ताक्षर

(50/- को बालपुत्र/पुत्रीयल स्वरूप - पर लिखावित कर नोटरी द्वारा सत्यापित किया जाए)

## // शपथ पत्र //

- मैं ..... (माता-पिता/अभिभावक का पूरा नाम)  
मेरा पुत्र/पुत्री ..... (पुत्र/पुत्री का नाम)  
निवासी ..... शपथ पूर्वक कथन करता हूँ कि-
- 1/ मैं अपने पुत्र/पुत्री को स्व. श्री लखीराम अग्रवाल स्मृति शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय रायगढ़ में एम.बी.बी.एस. प्रथम वर्ष (बैच-2020) में प्रवेश करवा रहा/रही हूँ।
  - 2/ स्व. श्री लखीराम अग्रवाल स्मृति चिकित्सा महाविद्यालय रायगढ़ के कॉलेज काउंसिल समिति एवं अनुशासन समिति द्वारा महाविद्यालय में व्यवस्था बनाये रखने एवं अनुशासन स्थापित किये जाने संबंधी लिये गये निर्णय तथा चिकित्सा महाविद्यालय से संबंधित किसी भी निर्णय एवं मामले में मेरे एवं पुत्र/पुत्री के द्वारा किसी भी प्रकार का हस्तक्षेप/ दखल-अंदाजी नहीं किया जावेगा। संस्वान द्वारा संस्था हित में लिये गए निर्णय को सशर्त स्वीकार करते हुए मेरे एवं मेरा पुत्र/पुत्री के द्वारा अनुपालन किया जावेगा।
  - 3/ संस्था द्वारा लिया गया निर्णय अंतिम एवं सर्वमान्य होगा।

हस्ताक्षर  
अभिभावक

## // सत्यापनकर्ता //

मैं ..... (अभिभावक) पिता/पति श्री .....  
निवासी ..... सत्यापित करता हूँ कि उपरोक्त  
शपथ पत्र के कॉटेज क्रमांक-01 से 03 के कथन मेरे द्वारा पूर्ण रूप से पढ़कर, समझकर अपना  
हस्ताक्षर कर आज दिनांक ..... को सत्यापित किया।

सत्यापनकर्ता



# MEDICAL EXAMINATION REPORT

NAME OF THE CANDIDATE :

\_\_\_\_\_

NAME OF THE COURSE :

\_\_\_\_\_

ENTRANCE EXAMINATION :

\_\_\_\_\_

ROLL NO. :

\_\_\_\_\_

ADDRESS OF THE CANDIDATE :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SESSION :

\_\_\_\_\_

CHAIRMAN MEDICAL BOARD

## CANDIDATE'S STATEMENT AND DECLARATION

The candidate must make the statement below prior to his Medical Examination and must sign the Declaration appended there to. His attention is specially directed to the warning contained in the note below:-

- 1 State your Name in your full  
(in Block letter) : \_\_\_\_\_
- 2 State your age and birth place : \_\_\_\_\_
- 3 Are you ? : \_\_\_\_\_  
Single / Married / Widow/ Widower
- 4 Name the disease you have  
suffered in the past : \_\_\_\_\_
- 5 Are you being treated for any  
disease at present : \_\_\_\_\_
- 6 Have any of your near relation  
been afflicted with insanity  
tuberculosis, diabetes mellitus,  
allergic disorders gout,  
excessive bleeding : \_\_\_\_\_
- 7 Are you allergic to any  
substance/ drug : \_\_\_\_\_
- 8 Have you been immunized  
against the mentioned disease  
please give date of vaccination  
  1. Small Pox : \_\_\_\_\_
  2. Polio : \_\_\_\_\_
  3. Diphtheria : \_\_\_\_\_
  4. Tetanus : \_\_\_\_\_
  5. Tuberculosis : \_\_\_\_\_
  6. Others : \_\_\_\_\_

All the above answers are to the best of my belief, true and correct.

Candidate's Signature



Name of the Candidate: \_\_\_\_\_

Note: 1. The candidate will be held responsible for the accuracy of the above statement.  
By willfully suppressing any information will incur the risk of losing the admission.

2. Please put your name on all the pages indicated.

PHYSICAL EXAMINATION

1. General development \_\_\_\_\_ Good \_\_\_\_\_ Fair \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Poor \_\_\_\_\_ Height (without shoes) \_\_\_\_\_

Weight \_\_\_\_\_ Temperature \_\_\_\_\_

Girth of chest

1) After full inspiration \_\_\_\_\_

2) After full expiration \_\_\_\_\_

2. Skin : Any contagious disease \_\_\_\_\_

3. Eyes:

1. Any disease \_\_\_\_\_

2. Night blindness \_\_\_\_\_

3. Defect in colour vision \_\_\_\_\_

4. Field of vision \_\_\_\_\_

5. Visual acuity \_\_\_\_\_

Acuity of Vision	Naked Eye	With Glasses	Strength of Glass	
			Sph.Cyl.	Axl.
Distant Vision				
R.E.				
L.E.				

OPHTHALMOLOGIST OPINION

Fit / Unfit

SIGNATURE OF OPHTHALMOLOGIST

## ENT EXAMINATION

4. Ear \_\_\_\_\_  
Right Ear \_\_\_\_\_ Left Ear \_\_\_\_\_  
Nose \_\_\_\_\_ Throat \_\_\_\_\_

SIGNATURE OF ENT SPECIALIST

5. Lymph glands \_\_\_\_\_ Thyroid \_\_\_\_\_

6. Condition of teeth \_\_\_\_\_

7. Respiratory system, Does Physical examination reveal anything abnormal the respiratory, if yes, explain fully.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Circulatory system, Pulse/ min \_\_\_\_\_ B.P. \_\_\_\_\_

9. Heart: any Organic lesions

10. Abdomen: \_\_\_\_\_ Tenderness \_\_\_\_\_

Hernia: \_\_\_\_\_

a) Palpable:

Liver \_\_\_\_\_ Spleen \_\_\_\_\_ Kidneys \_\_\_\_\_

Tumors \_\_\_\_\_



11. Nervous System:

---

12. Locomotor System : Any abnormality

---

13. Gynaecology/ Genito Urinary System :

---

14. Urine Analysis

- |               |            |
|---------------|------------|
| a) Appearance | b) AP, Gr. |
| c) Albumin    | d) Sugar   |
| e) Casts      | f) Cells   |

15. Mental Health:-

1. Adjustment \_\_\_\_\_
2. Emotional Problems \_\_\_\_\_
3. Substance Abuse \_\_\_\_\_
4. Psychotic disorder \_\_\_\_\_

16. Any Other:

---

---

Name of the Candidate: \_\_\_\_\_

FINAL ASSESSMENT OF THE BOARD

(The Board should record their findings under one of the following three categories)

i. Fit for pursuing the course :-

\_\_\_\_\_

ii. Unfit for pursuing the course on account of :-

\_\_\_\_\_

iii. Temporarily unfit on account of :-

\_\_\_\_\_

CHAIRMAN : \_\_\_\_\_

MEMBER (PHYSICIAN) : \_\_\_\_\_

MEMBER (SURGEON) : \_\_\_\_\_

MEMBER (OPHTHALMOLOGIST) : \_\_\_\_\_

MEMBER (ENT) : \_\_\_\_\_

MEMBER (GYNECOLOGIST) : \_\_\_\_\_

MEMBER (PSYCHIATRIST/ CLINICAL PSYCOLOGIST): \_\_\_\_\_

DATE :