**शारीरिक अयोग्यता प्रमाण पत्र**

CERTIFICATE OF PHYSICAL FITNESS

आवेदक का नाम जन्म की तारीख

 Applicant’s Name ........................................................... Date of Birth ..............................

### पता

 Address ....................................................................................................................................

A. पारिवारिक वृत्त

 Family History

क्या आपके परिवार में कोई सदस्य कभी निम्लिखित रोगों से पीड़ित हुआ है:

Has any member of your family ever suffered from :

1. तपेदिक

Tuberculosis

2. कुष्ठ रोग

Leprosy

3. मानसिक रोग

Mental illness

B. वैयक्तिक वृत्त

 Personal History

 क्या आप कभी निम्नलिखित रोगो से पीड़ित हुए हैं

 Have you ever suffered from any of the following diseases :-

1. मधुमेह

Diabetes

2. मिर्गी

Epilepsy

3. मानसिक रोग तांत्रिक अवरोध सहित

Mental illness, including ‘nervous breakdown’

4. श्वाशिनिकाशोध (ब्रांकाइटिस), थूक में खून आना, तपेदिक या फेफड़े की अन्य बीमारी

Bronchitis, spitting of blood, tuberculosis or other lung disease.

5. दिल या गुर्दे की बीमारी

Heart or kidney disease

6. कोई अन्य रोग या दुर्घटना या ऑपरेशन जिसमे बिस्तर पर आराम की सलाह दी गयी हो।

Any other disease, accident, or operation requiring confinement to bed.

7. क्या आप एड्स रोग से पीड़ित तो नहीं? कृपया एड्स जाँच रिपोर्ट लाएँ।

 Are you suffering from AIDS ? Please bring the test report.

8. चेचक का टीका या अन्य टीके ? किस रोग के और कब ?

Any vaccination or inoculation? Against which disease and when?

C. शारीरिक जाँच

 Physical Examination 1. कद

 Height

2. वजन

 Weight

 3. छाती

 Chest Measurement

1. सांस लेने पर / when breath in
2. सांस निकालने पर / when breath out

4. सामान्य डील -डौल

 General Appearance

5. दिल

Heart

6. फे फड़े

 Lungs

7. उदर

Abdomen

 8. ग्रंथिया

 Glands

 9. (a) घुटने का मोड़

 K.J. (Knee Jerk)

 (b) टख़ने का मोड़

 A.J. (Ankle Jerk)

 (c) पुतलियाँ

 Pupils

 (d) उदरीय

 Abdominal

 10. मूत्र विशलेषण -शर्करा /अल्बूमिन

 Urine Analysis -Sp. Gr. Sugar Albumen

 11. रक्तचाप

 Blood Pressure

 12. दृष्टि - दूर और निकट की , चश्मे के साथ और चश्मे के बिना दृष्टि क्षेत्र

 Vision – Distant and near, Field of Vision with and without glasses

 13. श्रवण

 Hearing

 14. दाँत , टॉन्सिल

 Teeth, Tonsils

 15. कोई अन्य असाधारण बीमारी पायी गयी हो

 Any other abnormality or disease

 D. विशेष जाँच (यदि की गयी हो ) के परिणाम

 Result of Special Tests (if carried out)

 1. कोह्न परीक्षा

 Kohn Test

 2. फेफड़ों का एक्सरे

 X-Ray of Lungs

(आवेदक के हाल ही में चेचक का टीका लगा होना चाहिए। जहाँ आवश्यक हो वहॉँ टाइफाइड ग्रुप , डिप्थीरिआ , काली खाँसी, हैजा और पीत - ज्वर का टीका लगाने की सलाह दी जाती है)

(Applicants should have been recently vaccinated against the small pox inoculation against the typhoid group, diptheria, whooping cough, cholera and yellow fever is advised where necessary.)

मैं इसके दवारा प्रमाणित करता /करती हूँ की मेने श्री /श्रीमती /कुमारी ……………………………………...की जाँच की है, हो भारत में केंद्रीय हिंदी संसथान में, अध्ययन के लिए जाना चाहते /चाहती हैं। मैंने………………………………………………. को छोड़कर उसमें कोई रोग (संचारी या अन्य ) या शारीरिक दुर्बलता या शारीरिक अश्क्ततता नहीं पायी है। मैं समझता /नहीं समझता हूँ कि इससे वे भारत में प्रशिक्षण लेने के लिए आरोग्य रहेंगे /रहेंगी या वहाँ की जलवायु या जीवन स्तिथि को सहन नहीं कर पाएंगे /पाएंगी।

 I hereby certify that I have examined Mr./Mrs./Miss ...................................................

.............................who intends to pursue study in India at the Kendriya Hindi Sansthan. I have not found any disease (communicable or otherwise), constitutional weakness or bodily infirmity except\*............................................................................................................

...........................................................I do/do not consider this as likely to render him/her unfit to undergo his/her training or to withstand the climate or living conditions in India.

 नीचे दिए गए उम्मीदवार के हस्ताक्षर मेरे सामने किए गए हैं।

The candidate’s signature below has been taken in my presence.

उम्मीदवार के हस्ताक्षर

Candidate’s Signature

तारीख

Date………………….

स्थान चिकितसा अधिकारी के हस्ताक्षर उसकी योग्यता और पद नाम सहित

Place ................… Signature of Medical Officer, with his qualification and designation

कृपया पूरा ब्योरा दें और यदि उम्मीदवार अयोग्य घोषित किया गया हो तो यह भी बता दें कि क्या वह अयोग्यता किसी छोटी - मोटी अशक्तता के कारण है जो इलाज से ठीक हो सकती है (चिकित्सा या शल्य क्रिया से )

\*Please give full details and if candidate is declared unfit, also state whether the inability is due to some minor disability which can be cured by treatment (medical or surgical).