

लक्ष्मीबाई राष्ट्रीय शारीरिक शिक्षा विश्वविद्यालय

युवा मामले एवं खेल मंत्रालय, भारत सरकार

शक्ति नगर, रेसकोर्स रोड, ग्वालियर - 474002 (म.प्र.)



आवेदन पत्र संख्या

अपना पासपोर्ट
साइज
फोटोग्राफ
चिपकाकर
हस्ता. करें

बी.पी.एड.इंटीग्रेटेड / एम.पी.एड. / एम.फिल. /
स्नातकोत्तर पत्रोपाधि पाठ्यक्रमों में प्रवेश हेतु एकल आवेदन पत्र

- आवेदित किये गये पाठ्यक्रम का नाम :
- प्रवेश केन्द्र (परिशिष्ट -1 से एक केन्द्र चयन करें)
- (केवल बी.पी.एड.इंटीग्रेटेड के उम्मीदवारों हेतु लागू)
1. उम्मीदवार का नाम हिन्दी में :
 2. उम्मीदवार का नाम अंग्रेजी में :
 - (बड़े अक्षरों में मेट्रिक एवं हायर सैकेण्डरी प्रमाणपत्र के अनुसार)
 3. पिता का नाम : श्री/स्व.
 4. अभिभावक का नाम : श्री
 - (यदि पिता जीवित न हो)
 5. माता का नाम : श्रीमती
 6. पिता/अभिभावक का व्यवसाय :
 7. पिता/अभिभावक की वार्षिक आय :
 8. पत्राचार का पता :
 9. स्थायी पता :
 -
 10. संपर्क क्षेत्र की संख्या : एस.टी.डी.कोडदूरभाष क्रमांक
 - मोबाइल नं.ईमेल पता
 11. राष्ट्रीयताराज्य/केन्द्रशासित प्रदेश का निवास.....
 12. जन्मतिथि1 जुलाई 2008 को आयु :वर्ष.....माह.....दिन
 13. लिंग : पुरुष/महिला
 14. वैवाहिक स्थिति : विवाहित / अविवाहित / तलाकशुदा

15. सामान्य / अ.जा. / अ.ज.जा. / अ.पि.वर्ग.

नोट : परिशिष्ट XV में दिये गये ओ.बी.सी. प्रमाण पत्र (जो 1.1.2009 को या बाद में दिया गया हो) तथा परिशिष्ट XVI में दिये गये अ.जा./अ.ज.जा. के लिये जमा किये जायें।

16. खेल उपलब्धि (सर्वोच्च उपलब्धि को दर्शाये)

17. परीक्षा का माध्यम : हिन्दी/अंग्रेजी

18. क्या आप किसी आपराधिक प्रकरण / घोर अनुशासनहीनता / दुर्व्यवहार में लिप्त रहे हैं : हाँ/नहीं (यदि हाँ तो अलग कागज पर विस्तार से दर्शाये)

19. शैक्षणिक योग्यता (उपयुक्त कॉलम को भरे)

उत्तीर्ण परीक्षा	विद्यालय/महाविद्यालय का नाम	विश्वविद्यालय संस्था का नाम	उत्तीर्ण करने का वर्ष	प्राप्तांक	कुल अंक	प्रतिशत
मेट्रिक या समतुल्य						
10+2 या समतुल्य						
बी.ए./बी.कॉम./बी.एस.सी./						
बी.पी.एड. या समतुल्य						
एम.ए./एम.कॉम./एम.एस.सी./						
एम.पी.एड. या समतुल्य						
अन्य						

20. खेल का नाम :

(कोचिंग में स्नातकोत्तर पत्रोपाधि पाठ्यक्रम हेतु आवेदन करने वाले उम्मीदवार विवरणिका के अनुसार इसे भरे)

21. मांग पत्र का विवरण : मांग पत्र संख्या राशि : 500/- मात्र, तिथि बैंक का नाम

टिप्पणी : मांगपत्र कुलसचिव, ल.रा.शा.शि.संस्थान, ग्वालियर के नाम का देय होगा।

संलग्नक : निम्नलिखित अभिलेखों की सत्यापित छायाप्रति प्रस्तुत करें।

1. मेट्रिक प्रमाण पत्र (जन्मतिथि के प्रमाण हेतु)
2. आर्हताकारी परीक्षा की अंकसूची
3. सारे डिग्री/डिप्लोमा का प्रमाण पत्र और अंकसूची
4. चिकित्सा प्रमाण पत्र (मूल प्रति)
5. आचरण प्रमाण पत्र की मूल प्रति (अंतिम विद्यालय/संस्थान द्वारा जारी)
6. खेल उपलब्धि प्रमाण पत्र
7. जाति प्रमाण पत्र (अ.जा. / अ.ज.जा./ अ.पि.वर्ग.हेतु)
8. पहचान पत्र छायाचित्र के साथ (मूलप्रति)
9. इस आवेदन एवं पहचान पत्र के अतिरिक्त तीन अन्य पासपोर्ट साईज छायाचित्र प्रस्तुत करें।

टिप्पणी : अपूर्ण एवं उपरोक्त संलग्नकों के अभाव में आवेदन पत्र निरस्त कर दिया जायेगा।

उम्मीदवार द्वारा बचनवद्धता

मैंने विवरणिका में दी गई समस्त जानकारी पढ़ व समझ ली है व मैं चयन प्रक्रिया से पूर्णतः अवगत हो गया हूँ, साथ ही मैं वचन देता/देती हूँ कि मैं विवरणिका में दर्शित समस्त नियमों का अक्षरतः पालन करूँगा/करूँगी।

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा प्रस्तुत किये गये समस्त अभिलेख व जानकारी मेरे पूर्ण अभिज्ञान में सत्य व सही है एवं कोई भी जानकारी मेरे द्वारा छिपाई नहीं गई है। मैं इस तथ्य से भी भलीभांति अवगत हूँ कि किसी भी समय प्रस्तुत जानकारी अपूर्ण/मिथ्या/छिपाई हुई पाये जाने पर मुझे संस्थान से निष्कासित किया जा सकता है। या अन्य यथोचित दण्डात्मक कार्यवाही मेरे विरुद्ध की जा सकती है। मैं संस्थान के निर्णय का पालन करूँगा/करूँगी।

स्थान :

दिनांक :

उम्मीदवार का हस्ताक्षर

माता-पिता/अभिभावक द्वारा बचनवद्धता

मैं
..... श्रीका पिता /
अभिभावक हूँ एवं संस्थान की इस विवरणिका में दर्शित समस्त नियमों व प्रक्रिया से भली भांति अवगत हूँ एवं वचन देता हूँ कि संस्थान के परीक्षण केन्द्र पर प्रवेश के दौरान मेरे पुत्र को होने वाली किसी भी शारीरिक क्षति इत्यादि के लिये वह स्वयं जिम्मेदार होगा।

स्थान :

दिनांक :

माता-पिता/अभिभावक का हस्ताक्षर

चिकित्सा अधिकारी का प्रमाणपत्र

मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैंने (आवेदक का नाम).....
..... का सावधानी पूर्वक परीक्षण किया है एवं बिना किसी शंका के संतुष्ट हूँ कि वह कठिन शारीरिक दक्षता परीक्षण हेतु पूर्णतः सक्षम/अक्षम हैं, इनका रक्त समूहहैं।

चिकित्सा अधिकारी का पंजीकरण क्रमांक

स्थान :

दिनांक :

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर व नाम एवं मुहर