



सत्र 2024-25 / SESSION 2024-25

क्रम संख्या/Sr No

पंजीकरण संख्या / Regn No

पंजीकरण के लिए कक्षा/Registration for Class – बालवाटिका 1/2/3 / BALVATIKA 1/2/3

1. विद्यार्थी का पूरा नाम (हिंदी में)

Name of Child in Full (in Capital Letter)

2. जन्म तिथि(अंकों में) /Date of Birth in figures

शब्दों में /in Words

बच्चे की आयु As on 31.03.2024 को

दिन

माह

वर्ष

3. आधार कार्ड संख्या/ Aadhar Card No.

4. रक्त समूह Blood Group (RH फैक्टर के साथ) \_\_\_\_\_ लिंग/Sex(पुरुष Male  /स्त्री Female  /अन्य Others  )5. बच्चे की सम्बंधित श्रेणी (Category of Student)- :  tick/सही का निशान लगायें
 GEN

 GEN EWS

 SC

 ST

 OBC CL

 OBC NCL

 EWS

 BPL

 DA

यदि बच्चा अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति/अन्य पिछड़ा वर्ग/आर्थिक रूप से कमजोर/बीपीएल/विकलांग सम्बंधित है तो प्रमाण पत्र संलग्न करें/ If the child belongs to SC/ST/OBC/EWS/BPL/Disabled category, then, please attach relevant certificate.

माता-पिता का ब्यौरा/ Details of Mother/Father	माता/ MOTHER	पिता/ FATHER
नाम (हिंदी में)		
Name in English (Capital Letters)		
राष्ट्रीयता / Nationality		
व्यवसाय / Occupation		
कार्यालय का नाम, पूरा पता एवं दूरभाष Name of Office, Full Address and Contact Number		
आवासीय पूरा पता एवं दूरभाष Full Residential Address and Contact Number		
मोबाइल नंबर / Mobile Number		
* विद्यालय से दूरी(किमी में)/ Distance from KV		
मूल वेतन/आय/ Basic Salary/Income		
**स्थानांतरणों की संख्या/ No. of Transfers		
#श्रेणी (1 से 5)/ Category of Parents		

\* विद्यालय से आवास की दूरी के लिए प्रमाणित ए माता-पिता / अभिभावक का शपथ पत्र मान्य है। आवास प्रमाण पत्र देना आवश्यक है।

Distance of Residence from Vidyalaya Undertaking from parents is acceptable for distance. Proof of Residence is compulsory.

\* 31.03.2024 तक पिछले 7 वर्षों में स्थानांतरणों की संख्या/ No. of transfers during last 7 years as on 31.3.2024.

# 1. केंद्रीय सरकार Central Govt. 2. केंद्रीय सरकार के स्वायत्त संस्थान Autonomous Bodies of Central Govt. 3. राज्य सरकार State Govt. 4. राज्य सरकार के स्वायत्त संस्थान Autonomous Bodies of State Govt. 5. अन्य Others

मैं एतद द्वारा प्रमाणित करता हूँ कि उपर्युक्त प्रविष्टियाँ मेरी जानकारी में सत्य हैं

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

तिथि/ Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

माता/पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर Sign of Mother/Father/Guardian

पूरा नाम/ Full Name : \_\_\_\_\_

## सेवा प्रमाण पत्र/ SERVICE CERTIFICATE

### (केंद्रीय सरकार CENTRAL GOVT.)

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती \_\_\_\_\_ कार्यालय/ मंत्रालय \_\_\_\_\_ में नियमित कर्मचारी के रूप में कार्यरत हैं। ये रक्षा सेवा/ केंद्रीय रिजर्व पुलिस बल/ सीमा सुरक्षा बल/ एनएसजी/ एसपीजी/ सीआईएसएफ/ केंद्रीय सरकार स्वायत्त संस्थान सावर्जनिक क्षेत्र के उपक्रम जो पूर्ण या आंशिक रूप से केंद्र सरकार से वित्त-पोषित हैं, के नियमित कर्मचारी है तथा उनकी सेवा अस्थानांतरणीय है पूर्ण भारत में कहीं भी स्थानांतरणीय है। Certified that Shri/Smt \_\_\_\_\_ is working as regular employee in the Office/ Ministry of \_\_\_\_\_ He/ She is a regular employee of Defence Service/ CRPF/ BSF/ NSG/SPG/CISF/ 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.

स्थान एवं दिनांक/Station with Date  
कार्यालय का पूर्ण पता एवं दूरभाष संख्या  
Complete Address and phone no. of Office

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

## 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 हैं, तथा उनकी सेवा अस्थानांतरणीय है एवं राज्य में कहीं भी स्थानांतरणीय है।

स्थान एवं दिनांक/Station with Date  
कार्यालय का पूर्ण पता एवं दूरभाष संख्या  
Complete Address and phone no. of Office

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

## स्थानांतरण संख्या प्रमाणपत्र CERTIFICATE OF NUMBER OF TRANSFERS

में \_\_\_\_\_ (नाम) \_\_\_\_\_ (रैंक/ पदनाम) \_\_\_\_\_ कार्यालय एतद द्वारा प्रमाणित करता/ करती हूँ कि पिछले सात साल (31.03.2024 तक) में एक स्थान से दूसरे स्थान पर मेरे \_\_\_\_\_ (अंकों एवं शब्दों में) स्थानांतरण हुए, जिनका विवरण नीचे दिया गया है -

स.क्र. SNo	कार्यालय/यूनिट Office/ Unit	स्थान Place	रैंक/पद Rank/Design	से From	तक To	दूरी Distance In KM	रुकने की अवधि Period of Stay Month Years	आदेश क्रमांक Order No
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								

माता/पिता/आभिभावक के हस्ताक्षर Sign of Mother/Father/Guardian

### प्रतिहस्ताक्षर/ COUNTERSIGNATURE

में \_\_\_\_\_ (नाम) \_\_\_\_\_ (रैंक/ पदनाम) \_\_\_\_\_ कार्यालय एतद द्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ उपरोक्त विवरण का कार्यालय/ आलेखा से जांच लिया गया है एवं सही पाया गया है। \_\_\_\_\_ (Name) \_\_\_\_\_ (rank/designation) of \_\_\_\_\_ (unit/department) hereby certify that the particulars given in above have been authenticated by the record held in the office and found correct.

स्थान एवं दिनांक/Station with Date  
कार्यालय का पूर्ण पता एवं दूरभाष संख्या  
Complete Address and phone no. of Office

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

टिप्पणी - एक स्थान पर ठहरने की अवधि छह माह होनी चाहिए/ Stay in a station should be atleast 06 Months

इस पंजीकरण फॉर्म जमा करने के पश्चात पावती प्राप्त करें। Please take the receipt after submission of this registration form