



कार्यालय प्राचार्य
एकलव्य आदर्श आवासीय विद्यालय सोनाखान, जिला
बलौदाबाजार, छत्तीसगढ़

(Affiliated to CBSE)

BLOCK – KASDOL , DIST. – BALODA BAZAR (C.G.) 492112

CBSE AFFILIATION CODE – 3320265

SCHOOL NO. - 17308

U-DISE CODE – 222241212705

E-mail – emrscgsonakhan@gmail.com

Website – www.emrssonakhan.in

ADMISSION FORM SESSION 2026-27

(पिता/ पालक द्वारा समस्त जानकारी शाला स्थानांतरण प्रमाण पत्र के अनुसार भरा जावे)

प्रति,

प्राचार्य महोदय

एकलव्य आदर्श आवासीय विद्यालय सोनाखान,

वि.ख.- कसडोल , जिला- बलौदाबाजार (छ०ग०) 492112

विषय:- विद्यालय में चयन पश्चात् प्रवेश हेतु आवेदन पत्र।

महोदय

सनम्र निवेदन है कि आपके विद्यालय की कक्षा.....में प्रवेश देने की कृपा करें। मेरे संबंध में आवश्यक जानकारी अधोलिखित है -.

1. पूरा नाम (हिन्दी में):..... (अंग्रेजी में)
2. पिता का नाम (हिन्दी में)..... (अंग्रेजी में).....
3. माता का नाम (हिन्दी में)(अंग्रेजी में).....
4. जाति..... 5. वर्ग- सामान्य/ अन्य पि. वर्ग/ अ जाति/ अ.ज.जाति, 6. रक्त समूह
7. मातृभाषा(शब्दों में)..... 8. धर्म..... 9. जन्मतिथि (अंको में).....
10. पिता का व्यवसाय 11. वार्षिक आय 12. छत्तीसगढ़ में निवास की अवधि..... वर्ष , मूल निवास (ADDRESS)
13. अंतिम अध्ययनरत संस्था का नाम कक्षा
- वर्ष..... पूर्णांक प्राप्तांक..... प्रतिशत..... 14. ग्राम-
- पोस्ट..... 15. तहसील..... 16. जिला.....

17. राज्य.....18. मोबाईल नम्बर

(1)..... (2)

19. पाठ्यक्रम..... 16. क्या आप गरीबी रेखा के अंतर्गत आते हैं? (हाँ / नहीं).....

20. आधार संख्या 21. PEN(permanent education number).....

21.APAAR I'D.....

छात्र/छात्रा की घोषणा

शपथपूर्वक वचन देता/देती हूँ कि मैं प्रतिदिन विद्यालय मे समय पर शालेय गणवेश में उपस्थित रहूंगा/ रहूंगी। मेरे द्वारा बिना सूचना के कक्षा में अनुपस्थित रहने पर अथवा विद्यालय से भाग कर जाने पर मेरा नाम शाला पंजी से निरस्त करने का अधिकार आपके पास सुरक्षित रहेगा। मैं अवांछित गतिविधि जिसमें हड़ताल भी शामिल है, भाग नहीं लूंगा/ लूंगी। मैं शाला के समस्त नियमों का पालन करूंगा/ करूंगी तथा अनुशासन में रहूंगा/ रहूंगी। शाला गणवेश बालक / बालिका विद्यालय द्वारा प्रदाय किया जायेगा।

दिनांक.....

हस्ताक्षर प्रार्थी

माता / पिता/अभिभावक की घोषणा

मैं एतद् द्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे पाल्य द्वारा दी गई उपरोक्त जानकारी सत्य है। मेरा पाल्य प्रतिदिन शालेय गणवेश में विद्यालय में उपस्थित रहेगा/ रहेगी। बिना किसी सूचना के अनुपस्थित रहने पर अथवा बीच में विद्यालय से भाग जाने पर मेरे पाल्य का नाम शाला पंजी से निरस्त कर दिया जावे।

दिनांक.....

हस्ताक्षर पिता/पालक

छात्र/छात्राको कक्षा..... प्रवेश दिया गया।

प्रवेश समिति के हस्ताक्षर:-

1.....

2.....

3.....

प्राचार्य

संलग्न सहपत्र:-

1. स्थानांतरण प्रमाण की मूल प्रति , 2. अंकसूची की फोटोकॉपी (02प्रति), 3. पासपोर्ट साईज फोटो (03 प्रति) 4.जाति प्रमाण पत्र की फोटोकॉपी (SDM द्वारा जारी)(02 प्रति), 5. आय प्रमाण पत्र की मूल प्रति, 6. मूल निवास प्रमाण पत्र की फोटोकॉपी (तहसीलदार द्वारा जारी)(02 प्रति) 7. पिता/पालक का 03 मोबाईल नम्बर, 8. आधार कार्ड की फोटोकॉपी (स्वयं एवं पालक) (02 प्रति) 9. माता-पिता की पासपोर्ट फोटो (2-2प्रति) 10. रक्त समूह (Blood Group) की कॉपी। 11. सिकल सेल (BMO द्वारा प्रमाणित)

Medical Health Record Certificate

Eklavya Model Residential School _____

District: _____

State: _____

1. Name of the Candidate : _____
2. Father's Name : _____
3. Address : _____
4. Date of Birth : _____
5. Height and Weight : _____
6. Abdomen (General Examination): _____
7. Chest (General Examination) : _____
8. Vision (With/Without Correction)
Left Eye : _____ Right Eye: _____
9. Ears : _____
10. Throat : _____
11. Locomotor System : _____
12. Blood Pressure (BP) : _____
13. Cardiovascular System (Heart Function): _____
14. Respiratory System : _____
15. Genito-Urinary System : _____
16. Nervous System : _____
17. Allergies (Drug/Food/Environmental): _____
18. State of Vaccination : _____
19. Skin : _____
20. Blood Group : _____
21. Dental Hygiene : _____
22. Blood Disorders
(Sickle Cell Anaemia / Haemophilia / Others): _____
23. Communicable Disease
(TB / Hepatitis-A / Hepatitis-B / Others) : _____
24. Congenital / Chronic Diseases:
(Acute Appendicitis / Congenital Heart Disease / Others) : _____
25. Epilepsy (under treatment/controlled/not applicable) : _____
26. Any past history of serious illness including surgery : _____
27. Is under regular/periodical medication for any ailments : _____

Remarks (if any, For Medical Care Purpose):



Signature of Civil Surgeon: _____

Office Seal: _____

Name & Designation: _____

Date: _____

Photograph of the Student

(Attested with thumb impression)

Note:- This Medical Health Record Certificate is obtained solely for student health records and medical management during residential schooling. The Medical Health Record Certificate should not be older than one month from the date of its issue.