



प्रपत्र 'डी'
Form 'D'

शारिरिक योग्यता का प्रमाणपत्र

CERTIFICATE OF PHYSICAL FITNESS

(पंजीकृत चिकित्सा सेवक द्वारा भरा हुआ चिकित्सा प्रमाणपत्र)

(Medical Certificate to be filled in by a Registered Medical Practitioner)

छात्र का नाम _____
Name of the Student :

पता : _____
Address :

**चिकित्सा इतिहास
MEDICAL HISTORY**

मैं प्रमाणित करता हूँ कि उपरोक्त छात्र/छात्रा निम्नलिखित बीमारियों में से किसी से पीड़ित नहीं हूँ :
I certify that the above student is not suffering from any of the following diseases :

- ए. त्वचा रोग संक्रमण _____
a. Infectious Skin Diseases
- बी. सोरिसिस फॉलिक्यूल _____
b. Psoarisis Follicule
- सी. तपेदिक _____
c. Tuberculosis
- डी. ट्रैकोमा _____
d. Trachoma
- ई. वनरल बीमारी _____
e. Venereal Disease
- एफ. इपिलेप्सी _____
f. Epilepsy
- जी. कनवल्सन ड्यू टु एनी कॉजिस _____
g. Convulsions due to any causes

पिछले 5 वर्षों में वह उपर्युक्त किसी भी बीमारी/अन्य किसी प्रमुख विकार से पीड़ित नहीं रहा है ।

He/She has not suffered from the above diseases or any other major disorder during the last 5 years.

चिकित्सा सेवक के हस्ताक्षर _____
Signature of Medical Practitioner

पता : _____
Address :

पंजीकरण सं. : _____
Regn. No.

मोहर :
Seal