

शारीरिक फिटनेस प्रमाणपत्र / PHYSICAL FITNESS CERTIFICATE
(किसी पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टीशनर द्वारा जारी किया जाना चाहिए जिसका नाम एमबीबीएस से कम न हो /
To be issued by a Registered Medical Practitioner not below the name of MBBS)
व्यक्तिगत इतिहास / PERSONAL HISTORY

1. नाम / Name.....
2. पंजीकरण संख्या / Registration No.....
3. माता-पिता/अभिभावक का नाम
Parent/ Guardian's Name.....
4. आयु / Age साल / Years महीने / Months
5. सेक्स / Sex.....
6. शरीर पर पहचान चिह्न, यदि कोई हो /
Identification Mark on the Body, if any.....
(यह तिल, निशान या जन्मचिह्न हो सकता है / This can be a mole, scar or birthmark)
7. प्रमुख बीमारी/सर्जरी, यदि कोई हो / Major illness/ surgery, if
any.....
(बीमारी/सर्जरी की प्रकृति निर्दिष्ट करें / Specify nature of illness/ surgery)

प्रमाणपत्र / CERTIFICATE

(निम्नलिखित को चिकित्सा परीक्षण करने वाले चिकित्सा अधिकारी द्वारा भरा जाना है /
The following are to be filled by the Medical Officer conducting the medical examination)

- | | |
|---|---|
| 1. ऊंचाई... सेमी / Height..... cm | 2. वजन... किलो / Weight..... kg |
| P3. पिछला इतिहास / Past History | 4. छाती / Chest |
| a) मानसिक रोग / Mental Disease
..... | a) प्रेरणा सेमी
Inspiration cm |
| b) मिर्गी का दौरा / Epileptic Fit
..... | b) समाप्ति सेमी / Expiration
..... cm |
| 5. ब्लड ग्रुप / Blood Group | 6. सुनवाई / Hearing |
| 7. चश्मे के साथ या चश्मे के बिना दृष्टि / Vision
with or without glasses | |
| a) दाहिनी आँख / Right Eye
..... | b) बायीं आँख / Left Eye..... |
| c) रंग अंधापन / Colour Blindness
..... | d) एकोशिकीय दृष्टि / Unocular
Vision |
| 8. श्वसन तंत्र / Respiratory system | 9. तंत्रिका तंत्र / Nervous system |
| 10. दिल / Heart | 11. पेट / Abdomen |
| a) ध्वनियाँ / Sounds..... | a) यकृत / Liver..... |
| b) बड़बड़ाहट / Murmur | b) प्लीहा / Spleen |
| 12. a) हर्निया / Hernia.....
b) हाइड्रोसील / Hydrocele | |
| 13. कोई अन्य दोष / Any other defects..... | |

प्रमाणित कि.....

का बेटा/बेटी आगे बढ़ने के लिए अच्छे शारीरिक स्वास्थ्य में है उसकी उच्च पढ़ाई।

Certified that.....

Son/daughter of.....is in sound physical health to pursue his/her higher studies.

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर / Signature of the Medical Officer

उम्मीदवार के हस्ताक्षर/Signature of the Candidate

तारीख /Date.....

पूरा नाम /Full Name.....

चिकित्सा/पंजीकरण संख्या और आधिकारिक मुहर
Medical/Registration No. and Official Seal