

देवी अहिल्या विश्वविद्यालय इन्दौर  
योग अध्ययनशाला

क्रमांक.....

शुल्क 500/-

प्रति,

विभागाध्यक्ष,  
योग अध्ययनशाला  
देवी अहिल्या विश्वविद्यालय,  
इन्दौर.

फोटो

आवेदन पत्र सत्र... 01 मई -15 जून 2019

पाठ्यक्रम का नाम.....

1. आवेदक का पूरा नाम..... उपनाम.....  
(स्पष्ट अक्षरो में हिन्दी में)
2. आवेदक का पूरा नाम.....  
(अंग्रेजी के बड़े अक्षरो में)
3. पिता/पति का नाम .....
4. स्थायी पता.....
5. स्थानीय पता.....
6. दूरभाष ..... मोबाईल नं.....
7. जन्म तिथि ( अंको में) .....
8. पिता/संरक्षण का व्यवसाय .....
9. जाति ..... वर्ग ( अ.जा./अ.ज.जा./पिछड़ा वर्ग/सामान्य.....

शैक्षणिक योग्यता

क्र.	परीक्षा का नाम	बोर्ड/वि.वि	वर्ष	माध्यम	प्राप्तांक	श्रेणी	विषय
1							
2							

आवेदक के हस्ताक्षर

## पिता या अभिभावक का घोषणा पत्र

मैं यह प्रमाणित करता हूँ कि मेरे पुत्र/पुत्री/पाल्य \_\_\_\_\_ द्वारा इस आवेदन पत्र में दी गई समस्त जानकारी सत्य है। मैं विश्वविद्यालय अध्यापन विभाग में आचरण, कार्य, उपस्थित तथा दैनंदिनी प्रगति और व्यवहार के सम्बन्ध में विशेष ध्यान दूंगा तथा इसके लिए मैं पूर्णतः उत्तरादायी रहते हुए विश्वविद्यालय अध्यापन विभाग की पूर्ण सहायता देता रहूँगा।

स्थान:—

दिनांक:—

पिता / अभिभावक के पूर्ण

हस्ताक्षर

### संलग्न प्रमाण पत्रों की सूची

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

( 1 ) विभागाध्यक्ष का प्रवेश के सम्बन्ध में निर्णय मान्य / अमान्य

विभागाध्यक्ष के हस्ताक्षर

### आवेदन पत्र प्रस्तुत करने हेतु विशेष सूचना

1. आवेदन पत्र योगकेन्द्र, तक्षशिला परिसर, खण्डवा रोड, इन्दौर पर स्वीकार किए जाएँगे।

### निम्नलिखित प्रमाण पत्र संलग्न करना आवश्यक है

1. स्वास्थ्य प्रमाण पत्र निर्धारित प्रपत्र में।
2. उत्तीर्ण शैक्षणिक परीक्षाओं की अंक सूचियों की प्रमाणित प्रतिलिपि।

YOGA CENTRE  
DEVI AHILYA UNIVERSITY, INDORE

MEDICAL CERTIFICATE

1. Name\_\_\_\_\_Sex\_\_\_\_\_Blood Gr.\_\_\_\_\_
2. Height (in cm)\_\_\_\_\_ Weight (in Kg)\_\_\_\_\_
3. Physical appearance and Musculature:- Robust/ Average/ Weak
4. Previous History of Fracture of other injurious:-  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. C.N.S.\_\_\_\_\_
6. C.V.S.\_\_\_\_\_
7. Respiratory System\_\_\_\_\_
8. Liver\_\_\_\_\_
9. Spleen\_\_\_\_\_
10. Hernia site\_\_\_\_\_
11. Throat\_\_\_\_\_
12. Ears (Perforation/ Discharge/ Any other) \_\_\_\_\_
13. Hearing\_\_\_\_\_
14. Eyes\_\_\_\_\_Vision(Without Glass)\_\_\_\_\_  
Color Blind (Partial/ Complete)\_\_\_\_\_
15. Any Body deformity ( Such as Kyphosis, Lordosis, Scoliosis, Knock Knee,  
Bow Legs Flat Feet etc.)\_\_\_\_\_
16. History of Epilepsy, Asthma, T.B., V.D, Allergy. Etc \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
17. Sensibility to drugs if any\_\_\_\_\_

I certify that I have this day carefully examined

(Name)\_\_\_\_\_

and have recorded my observation as given above. I am satisfied that he/she is fit / unfit for undergoing training in Physical Education which involves strenuous Physical activities and competitive games. I further certify that the candidate has been inoculated / vaccinated for:

- |                    |                     |
|--------------------|---------------------|
| a. Tetanus_____    | b. Typhoid_____     |
| c. chickenpox_____ | d. Hepatitis B_____ |
| e. Any other_____  |                     |

Signature of the Candidate

Signature \_\_\_\_\_.

Name \_\_\_\_\_.

Reg.No.\_\_\_\_\_.

Address\_\_\_\_\_.

Seal