



माध्यमिक शिक्षा मण्डल, मध्यप्रदेश, भोपाल  
नामांकन आवेदन पत्र कक्षा 9वीं

1 आवेदक का प्रकार  संबंधित कोड नम्बर ही खाने में भरिये

मध्यप्रदेश के मूलनिवासी हों/नहीं  CWSN Code  (Refer Point.11)

क्या अर्हकारी परीक्षा अन्य बोर्ड/अन्य राज्य से उत्तीर्ण की है, यदि हाँ तो बोर्ड एवं वर्ष की जानकारी अंकित करें।

वर्ष  परिणाम  श्रेणी

रोल नम्बर  Board Name  Samagra

2 आवेदक का पूरा नाम FULL NAME OF CANDIDATE

3 पिता का पूरा नाम FULL NAME OF FATHER

4 माता का पूरा नाम FULL NAME OF MOTHER

5 जन्म तिथि (अंकों में)         जन्म तिथि (शब्दों में)

6 जिला कोड  जिले का नाम   
विकास खण्ड कोड  विकास खण्ड का नाम   
शाला/अग्रभेग संस्था कोड

माध्यम   
हिन्दी -1  
अंग्रेजी -2  
उर्दू -3

Section   
A/B/C/D...

7 भाषा विषय :-

प्रथम भाषा (विशिष्ट)  केवल नेत्रहीन, मूक-बधिर छात्र हेतु   
द्वितीय भाषा (सामान्य)    
तृतीय भाषा (सामान्य)    
(केवल नेत्रहीन, मूक-बधिर छात्र गणित विषय कोड 100 अथवा विज्ञान विषय कोड 200 के स्थान पर संगीत विषय कोड 161 अथवा पेंटिंग विषय कोड 162 ले सकते हैं। अन्य सभी छात्रों को गणित, विज्ञान एवं सामाजिक विज्ञान विषय अनिवार्य है।)

8 पत्र व्यवहार का पता:-

House No. :   
Colony :   
Town :   
Block :   
District :   
Phone No. :  Pin:

परीक्षार्थी का नवीनतम नाम, दिनांकयुक्त डिजिटल फोटो

कालम के अंदर छात्र के हस्ताक्षर

APAAR ID :

9 छात्र का अन्य विवरण :-

लिंग	
बालक -1	<input type="checkbox"/>
बालिका -2	<input type="checkbox"/>

जाति	
अनुसूचित जाति -1 पिछड़ा वर्ग-3	<input type="checkbox"/>
अनुसूचित जनजाति-2 सामान्य -4	<input type="checkbox"/>

10 संलग्न दस्तावेज (केवल अर्हकारी परीक्षा अन्य बोर्ड से उत्तीर्ण छात्रों के लिए)

- (अ) प्रतिहस्ताक्षरित स्थानान्तरण प्रमाण पत्र।  
(ब) अर्हकारी परीक्षा की अंकसूची।  
(स) प्रवर्जन प्रमाण-पत्र।

**परीक्षार्थी की घोषणा**

मेरे द्वारा दी गई उपरोक्त जानकारी सत्य है यदि इसमें किसी प्रकार की असत्य जानकारी पाई गई तो मेरा परीक्षा आवेदन एवं परीक्षा परिणाम कभी भी निरस्त किया जा सकता है।

परीक्षार्थी के हस्ताक्षर

**प्राचार्य/अग्रेषण संस्था प्राचार्य का प्रमाणीकरण**

मैं संबंधित दस्तावेजों की जाँच उपरांत प्रमाणित करता हूँ कि छात्र परीक्षा में प्रविष्ट होने हेतु निर्धारित मापदण्ड पूर्ण करता है।

दिनांक

संस्था क्रमांक

संस्था का नाम

हस्ताक्षर पदमुद्रा सहित

11.CWSN(Children With Special Need):-

- 1.Loco Motor Disability Leprosy Cured Person, Cerebral Palsy
- 2.Visual Impairment, Blindness, Low vision
- 3.Hearing Impairment, Deaf, Hard of hearing
- 4.Speech & Language Disability
- 5.Specific Learning Disabilities
- 6.Autism Spectrum Disorder
- 7.Chronic Neurological Conditions
- 8.Blood Disorder