

(पर्यटन विभाग, राजस्थान सरकार)

E-mail: fcisumerpur@gmail.com Phone 02933-255030

2 नवीनतम पासपोर्ट साईज फोटो (6माह से अधिक पुराना ना हो)	(केवल कार्यालय उपयोग हेतु)	कृप्या चिन्हित करें ST <input type="radio"/> SC <input type="radio"/> OBC <input type="radio"/> Gen <input type="radio"/> EWS <input type="radio"/> (संबन्धित वर्ग का प्रमाण पत्र संलग्न करें)
		(केवल कार्यालय उपयोग हेतु) पंजिकृत सं नामांकन सं

क्र. स	कोर्स का नाम	कोर्स की अवधि	न्यूनतम शैक्षणिक योग्यता	(चिन्हित करें)–
1	Diploma in Food Production (कुकरी)	1½ वर्ष	10+2 (Any Stream)	<input type="radio"/>
2	Diploma in Food & Beverage Service (रेस्तरा एवं बार सर्विस)	1½ वर्ष	10+2 (Any Stream)	<input type="radio"/>
3	Diploma in Front office Operation (रिसेप्शन)	1½ वर्ष	10+2 (Any Stream)	<input type="radio"/>

[illegible][illegible][illegible][illegible]

स्थायी पता :-

मोबाईल नं.											
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ईमेल	
------	--

अभिभावक के मो. नं.	
--------------------	--

जन्म तिथि								
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--

लिंग	Male	Female
------	------	--------

शैक्षणिक योग्यता :-

उत्तीर्ण कक्षा	स्कूल का नाम	बोर्ड	उत्तीर्ण वर्ष	प्राप्तांक प्रतिशत
10वीं				
12वीं				
अन्य				

घोषणा

मैंपुत्र/पुत्रीएतद् द्वारा घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि उपर दिया गया विवरण मेरी जानकारी मे सही है। मैंने ध्यान से प्रवेश की शर्तों को समझ लिया हैं और मेरे द्वारा दी गई जानकारी गलत/असत्य पाये जाने पर आवेदन निरस्त किया जा सकता है।
मैं यह भी समझता हूँ कि एक बार जमा की गई फिस सरकार के नियमानुसार वापस नहीं की जाएगी।

आवेदक के हस्ताक्षर
दिनांक

अभिभावक के हस्ताक्षर
दिनांक

संलग्न प्रतियाँ (स्वप्रमाणित) -

01	10वीं की अंकतालिका	
02	12वीं की अंकतालिका	
03	जाति प्रमाण पत्र	
04	आधार की प्रतिलिपी	
05	मेडिकल प्रमाण पत्र	

फिटनेस का मेडिकल सर्टिफिकेट

मैंने श्री / कुमारी पुत्र/पुत्री श्रीग्राम
....., तहसील, जिला, राज्य, उम्र वर्ष, की
जांच की है और पाया है कि वह बहरेपन, दोषपूर्ण दृष्टि, दुर्बलता, मानसिक या शारीरिक दोष से मुक्त है, और उसका
स्वास्थ्य अच्छा है।

यह प्रमाण पत्र उक्त शैक्षणिक संस्थान में प्रवेश के प्रयोजन हेतु दिया जा रहा है।

.....
उम्मीदवार के हस्ताक्षर
(चिकित्सा अधिकारी की उपस्थिति में हस्ताक्षर करने के लिए)

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर:
पंजीकरण संख्या। दिनांकित: मोहर

MEDICAL CERTIFICATE OF FITNESS

I have examined Mr/Ms Son/ Daughter of Mr.
aged years, of Village: Tehsil Dist.....
State and certify that he/ she is free from deafness, defective vision or any
other infirmity, mental or physical, likely to interfere with the efficiency of his / her work and
found him / her possessing good health.

This certificate is being given to him /her for the purpose of **admission to above educational
institute.**

.....
Signature of Candidate
(To be signed in presence of the Medical Officer)

Signature of Medical Officer:
Registration No. Date & Seal: