



**एम.जी.एम.अलाइड हेल्थ साइंसेस इंस्टीट्यूट, (MAHSI)**  
**शासकीय महात्मा गाँधी स्मृति चिकित्सा महाविद्यालय एवं संबद्ध चिकित्सालय,**  
**(स्वशासी संस्था), ए.बी.रोड, इन्दौर ४६२००१ (म.प्र.)**

**शपथ पत्र**

(प्रवेश प्रक्रिया के दौरान छात्र एवं अभिभावक द्वारा संयुक्त हस्ताक्षर द्वारा प्रस्तुत किया जाना है)

मैं..... पिता..... निवासी.....

..... संस्था एम.जी.एम. अलाइड हेल्थ साइंसेस इंस्टीट्यूट (MAHSI) शासकीय महात्मा गाँधी स्मृति चिकित्सा महाविद्यालय एवं संबद्ध चिकित्सालय (स्वशासी संस्था), ए.बी.रोड, इन्दौर में सत्र 2024-25 में पाठ्यक्रम में प्रवेश ले रहा / रही हूँ एवं शपथ पूर्वक कथन करता / करती हूँ कि : -

1. मैं महाविद्यालय के सभी नियमों एवं निर्देशों का पालन करूंगा / करूंगी। मैं मध्यप्रदेश सह चिकित्सा परिषद् भोपाल एवं मध्यप्रदेश आयुर्विज्ञान विश्वविद्यालय, जबलपुर में नामांकन शुल्क जमा करवाकर नामांकन करवाऊंगा / करवाऊंगी एवं नामांकन शुल्क जमा करवाने एवं मूल दस्तावेज जमा करवाने के आभाव में नामांकन नहीं हो पाता है तो संस्था पर उक्त सम्बन्ध में कोई दावा / क्लेम नहीं किया जा सकेगा।
2. मुझे पता है कि यह अनंतिम प्रवेश सत्र 2024-25 के लिए एमपी पैरामेडिकल काउंसिल, भोपाल-मध्यप्रदेश की अनुमति के तहत मान्य होगा।
3. मैं मध्यप्रदेश आयुर्विज्ञान विश्वविद्यालय, जबलपुर की जीरो टोलरेंस पॉलिसी का सख्ती से पालन करूंगा / करूंगी। इस पॉलिसी के अनुसार मेरी उपस्थिति थ्योरी क्लासेस में 75 प्रतिशत और प्रायोगिक कक्षाओं में 85 प्रतिशत होनी चाहिए। निर्धारित उपस्थिति के आभाव में संस्था / विश्वविद्यालय द्वारा आयोजित की जाने वाली परीक्षा में सम्मिलित नहीं किया जा सकेगा एवं यदि लागू हो तो मध्यप्रदेश राज्य शासन की विभिन्न छात्रवृत्ति योजनाओं के लाभ से वंचित किया जा सकेगा जिसका संस्था / संबंधित विभाग पर किसी प्रकार का दावा / क्लेम स्वीकार्य नहीं होगा।
4. रैगिंग या रैगिंग संबंधित मामलों में संलिप्त पाए जाने पर संस्था द्वारा अनुशासनात्मक कार्यवाही कर संस्था से निष्काशन एवं पुलिस विभाग में रिपोर्ट दर्ज करायी जा सकेगी।
5. म.प्र. राज्य शासन, म.प्र. सह चिकित्सा परिषद् भोपाल, म.प्र. आयुर्विज्ञान विश्वविद्यालय, जबलपुर, महात्मा गांधी स्मृति चिकित्सा महाविद्यालय स्वशासी एवं संस्था MAHSI के समस्त नियम, नियमकूल एवं दिशा निर्देशों का पालन करने का वचन देते हैं।
6. शासन, संस्था एवं विश्वविद्यालय द्वारा लागू समस्त शुल्कों का भुगतान नियमित रूप से निर्धारित समय अवधि में किया जावेगा किसी भी प्रकार के विलम्ब की दशा में लागू दंड हमारे द्वारा देय होंगे।
7. छात्र अध्ययन के दौरान किसी भी असामाजिक, अवांछनीय, अनाधिकृत, गैर शैक्षणिक गतिविधि या गुंडागर्दी में भाग नहीं लेंगे, यदि ऐसी गतिविधियों में शामिल पाए जाते हैं तो प्रवेश रद्द कर दिया जाएगा और संस्थान से निष्काशन के साथ-साथ नियमानुसार कानूनी कार्रवाई भी की जाएगी।
8. छात्र सभी नियमों और विनियमों का पालन करेंगे और संस्था के अनुशासन-शिष्टाचार को बनाए रखेंगे, हमेशा शिक्षकों, रोगियों, साथी छात्रों का सम्मान करेंगे और किसी भी प्रकार की अनुचित गतिविधि, दुर्यवहार में शामिल नहीं होंगे अन्यथा अनुशासनात्मक कार्रवाई की जाएगी।

हस्ताक्षर  
छात्र का  
नाम-----  
पाठ्यक्रम का नाम-----  
दिनांक-----

हस्ताक्षर  
अभिभावक का नाम-----  
पता-----  
मोबाइल न.-----

हस्ताक्षर  
गवाह का नाम-----  
पता-----  
मोबाइल न.-----



## एम.जी.एम.अलाहुड हेल्थ साइंसेस इंस्टीट्यूट, (MAHSI)

शासकीय महात्मा गान्धी स्मृति चिकित्सा महाविद्यालय एवं संबद्ध चिकित्सालय,  
(स्वशासी संस्था), ए.बी.रोड, इन्दौर 462009 (म.प्र.)

फिजियोथेरेपी एवं पैरामेडिकल पाठ्यक्रमों में प्रवेश हेतु सत्र : 2024-25

अभिभावकों की आय का संयुक्त घोषणा-पत्र

(अनसूचित जाती/अनुसूचित जनजाति व अन्य पिछड़ा वर्ग के छात्र/छात्रा के अभिभावकों द्वारा अनिवार्य रूप से भरा जावे)

मैं ..... शपथपूर्वक घोषणा करता हूँ कि मेरा व्यवसाय ..... है, तथा मेरी वार्षिक आय रु. .... (शब्दों में रु. ....) प्रतिवर्ष है। मेरी पत्नी श्रीमती ..... का व्यवसाय ..... है एवं वार्षिक आय रु. .... (शब्दों में रु. ....) है। हमारे परिवार कि कुल वार्षिक आय रु. .... शब्दों में रु. .... है।

अथवा

- ☐ मेरी पत्नी गृहणी है एवं उनकी कोई अतिरिक्त आय नहीं है।  
☐ दोनों कि वार्षिक आय का सक्षम अधिकारी / नियोक्ता द्वारा जारी प्रमाण पत्र संलग्न है।  
☐ हम यह भी घोषणा करते हैं कि उपर्युक्त आय बाबत प्रमाण पत्र त्रुटिपूर्ण पाये जाने पर हमारे पुत्र / पुत्री ..... का प्रवेश निरस्त करने का संस्था को पूर्ण अधिकार होगा।

— यदि उक्त त्रुटिपूर्ण आय प्रमाण-पत्र के आधार पर हमारे पुत्र / पुत्री ने शिक्षण शुल्क / स्कालरशिप / रियायत प्राप्त कि होगी तो उक्त शिक्षण एवं अन्य शुल्क / स्कालरशिप राशि का भुगतान संस्था को हमारे द्वारा किया जायेगा।

पिता के हस्ताक्षर .....  
पूर्ण नाम .....

माता के हस्ताक्षर .....  
पूर्ण नाम .....

जो लागु ना हो, उसे काट देंगे।