

**केंद्रीय विद्यालय बिहोली**  
**समालखा पानीपत**  
**प्रवेश सूचना 2020- 21**

कक्षा 1 में रिक्त (SC+ST=9 seats ,Differently abled-1 seat, Sponsoring Agency Quota-3 seats हस्तांतरणीय और गैर हस्तांतरणीय- हरियाणा राज्य सरकार के कर्मचारियों के बच्चे। हरियाणा राज्य सरकारों के स्वायत्त निकायों / हस्तांतरणीय -उच्च शिक्षण संस्थानों के हस्तांतरणीय और गैर / सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रमों कर्मचारियों के बच्चे।) सीटों पर प्रवेश के लिए पंजीकरण दिनांक 2-09-2020 प्रातः 8:00 बजे से दिनांक 7-09-2020 सांय 4:00 बजे तक ऑफलाइन किया जा सकेगा। कक्षा 1 के लिए आयु की गणना 31-03-2020 से होगी जो की 5 वर्ष से 7 वर्ष के बीच होनी चाहिए ।

COVID -19 की वर्तमान स्थिति के तहत, सक्षम प्राधिकारी (केंद्रीय / राज्य / स्थानीय) द्वारा जारी निर्देशों का पालन किया जाना है। तदनुसार, माता-पिता से अनुरोध है कि भीड़ से बचने के लिए शारीरिक रूप से केंद्रीय विद्यालयों का दौरा न करें। प्रवेश, पंजीकरण फॉर्म के बारे में सभी जानकारी विद्यालय वेबसाइट <https://samalkhabeholi.kvs.ac.in> पर डाउनलोड के लिए उपलब्ध होगी।

कक्षा 1 में प्रवेश के लिए कृपया ऑफलाइन पंजीकरण फॉर्म भरें जरूरी दस्तावेजों के साथ इसे स्कैन करें और इसे केवल ईमेल [kvbeholiadmission@gmail.com](mailto:kvbeholiadmission@gmail.com) के माध्यम से संबंधित केवी को भेजें। प्रधानाचार्य / प्रवेश प्रभारी (8222899983)से तभी संपर्क करें जब उसे दिए गए टाइम स्लॉट में बुलाया जाए

प्राचार्या।



केन्द्रीय विद्यालय \_\_\_\_\_, सम्भाग \_\_\_\_\_

Kendriya Vidyalaya \_\_\_\_\_, Region \_\_\_\_\_

## पंजीकरण प्रपत्र/Registration Form

Paste latest  
Photograph of  
ChildClass :  Reg. No. : 

## 1. विद्यार्थी का पूरा नाम (स्पष्ट शब्दों में)

Name of the Child in full (in Capital letters): .....

लिंग / Sex : पुरुष / Male  स्त्री / Female  तृतीय लिंग / Third Gender 

## 2. जन्म तिथि (अंकों में) / Date of Birth (in figure) : दिन / Day मास / Month वर्ष / Year

शब्दों में / In words : .....

## 3. 31.03.2020 तक आयु/ Age as on 31.03.2020 वर्ष / Year मास / Month दिन / Day

4. बच्चे का रक्त समूह (Rh फैक्टर सहित) / Blood Group of the Child (With Rh Factor) : 

## 5. बच्चे की सम्बंधित श्रेणी General SC ST OBC-CL OBC-NCL EWS BPL Diff. Abled SG Child (Attach Certificate\*)

## 6. आधार कार्ड नंबर/Aadhar Card Number:.....

## 7. माता पिता का विवरण/Details of Mother&amp; Father:

| क्र.सं. S.No. | माता/Mother  | पिता / Father |
|---------------|--|---------------|
| (i)           | नाम (स्पष्ट शब्दों में)/<br>Name ( In Capital Letter)  |               |
| (ii)          | राष्ट्रीयता (Nationality)  |               |
| (iii)         | व्यवसाय (Occupation)   |               |
| (iv)          | कार्यालय का नाम, पूरा<br>पता व दूरभाष / Name<br>of the Office, Full<br>Address & Telephone<br>Number.      |               |
| (v)           | पूर्ण आवासीय पता व<br>दूरभाष (प्रमाण सहित)/<br>Full Residential Address<br>& Telephone No. (With<br>Proof) |               |
| (vi)          | विद्यालय से दूरी<br>(कि.मी. में)/Distance<br>from KV in KM.  |               |
| (vii)         | मूल वेतन / Basic Pay   |               |
| (viii)        | पिछले 7 वर्षों में स्थानान्तरण<br>की संख्या/ No of Transfers<br>in last 7 years<br>(As on 31/03/2020)      |               |
| (ix)          | माता-पिता की सेवा श्रेणी/<br>Service Category of<br>Parent   |               |
| (x)           | कर्मचारी कोड (यदि है तो<br>) / Emp. Code (If Any)  |               |
| (xi)          | E-Mail Id:   |               |

- I certify that the above entries are true to the best of my knowledge.

दिनांक/Date:

अभिभावक के हस्ताक्षर/Signature of Guardian

## सेवा प्रमाण-पत्र/SERVICE CERTIFICATE

(केन्द्रीय सरकार/Central Govt.)

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती-----, पद-----

कार्यालय/मंत्रालय में नियमित कर्मचारी के रूप में कार्यरत है। वे रक्षा सेवा/ केन्द्रीय रिजर्व पुलिस बल/एस.एस.बी./ असम राइफल्स /आई.टी.बी.पी./सीमा सुरक्षा बल/एन.एस.जी./एस.पी.जी./सी.आई.एस.एफ./केन्द्रीय सरकार स्वायत्त सस्था अथवा सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रम जो पूर्ण या आंशिक रूप से केंद्र सरकार से वित्त-पोषित है, के नियमित कर्मचारी हैं तथा उनकी सेवा अस्थानांतरणीय है/पूर्ण भारत में कहीं भी स्थानांतरणीय है।

Certified that Shri/Smt.....Designation.....is working as regular employee in the office/Ministry of ..... He/She is a regular employee of Defence Service /ITBP/ CRPF/BSF/NSG/SPG/CISF/SSB/Assam Rifles/Central Govt./Autonomous Body/Public Sector Undertaking fully financed /partially financed by Central Govt. and his/her services are non-transferable/transferable anywhere in india

कार्यालय अध्यक्ष के हस्ताक्षर

(नाम, पद और कार्यालय की मोहर सहित)

Signature of Head of the Office

(With Name, Designation and Office Stamp)

स्थान/Place \_\_\_\_\_

दिनांक/Date \_\_\_\_\_

कार्यालय का पूर्ण पता एवं दूरभाष संख्या \_\_\_\_\_

Complete address and Telephone No. of office \_\_\_\_\_

## सेवा प्रमाण-पत्र/SERVICE CERTIFICATE

(राज्य-सरकार/State Govt.)

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती-----, -----  
-----कार्यालय/मंत्रालय में नियमित कर्मचारी के रूप में कार्यरत है। तथा उनकी सेवा अस्थानांतरणीय है/पूर्ण राज्य में कहीं भी स्थानांतरणीय है।

Certified that Shri/Smt..... is permanently working in the office/Ministry of ..... and his/her services are non-transferable/transferable anywhere in State.

कार्यालय अध्यक्ष के हस्ताक्षर

(नाम, पद और कार्यालय की मोहर सहित)

Signature of Head of the Office

(With Name, Designation and Office Stamp)

स्थान/Place \_\_\_\_\_

दिनांक/Date \_\_\_\_\_

कार्यालय का पूर्ण पता एवं दूरभाष संख्या \_\_\_\_\_

Complete address and Telephone No. of office \_\_\_\_\_

**स्थानांतरण संख्या प्रमाण-पत्र/CERTIFICATE OF NUMBER OF TRANSFERS**

मैं, \_\_\_\_\_ (नाम) \_\_\_\_\_ (रैंक/पदनाम) \_\_\_\_\_ (कार्यालय),  
 एतद द्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ पिछले सात साल (31.03.2020 तक) में एक स्थान से दूसरे स्थान पर मेरे  
 \_\_\_\_\_ (अंको व शब्दों में) स्थानांतरण हुए जिनका विवरण नीचे दिया गया है-

I, \_\_\_\_\_ (Name) \_\_\_\_\_ (rank/ designation) of \_\_\_\_\_ (office), do  
 hereby certify that during the past 7 years (up to 31.03.2020 I have been transferred \_\_\_\_\_  
 times (in figures & in words) from one station to another, the details of which are given as under :-

| क्र. स.<br>S. No. | कार्यालय/ यूनिट<br>Office/Unit | स्थान<br>Place | रैंक/पदनाम<br>Rank/Designation | दिनांक/Date |       | ठहरने की अवधि<br>Period of stay | आदेश संख्या<br>Order No. |
|-------------------|--------------------------------|----------------|--------------------------------|-------------|-------|---------------------------------|--------------------------|
|                   |                                |                |                                | से/ From    | तक/To |                                 |                          |
| 1.                |                                |                |                                |             |       |                                 |                          |
| 2.                |                                |                |                                |             |       |                                 |                          |
| 3.                |                                |                |                                |             |       |                                 |                          |
| 4.                |                                |                |                                |             |       |                                 |                          |
| 5.                |                                |                |                                |             |       |                                 |                          |
| 6.                |                                |                |                                |             |       |                                 |                          |
| 7.                |                                |                |                                |             |       |                                 |                          |

मैं जानता/जानती हूँ कि यदि उपरोक्त तथ्य गलत पाए गए तो मेरा बच्चा केन्द्रीय विद्यालय में प्रवेश के लिए  
 अयोग्य हो जाएगा। I know that if the above-mentioned facts are found incorrect, my child will be disqualified for  
 admission in Kendriya Vidyalaya.

माता/पिता के हस्ताक्षर  
 Signature of Parent

**प्रतिहस्ताक्षर/Countersignature**

मैं, \_\_\_\_\_ (नाम) \_\_\_\_\_ (रैंक/पदनाम) \_\_\_\_\_  
 (कार्यालय), एतद द्वारा प्रमाणित करता हूँ कि उपरोक्त विवरण को कार्यालय-आलेखों से जाँच लिया गया है व सही  
 पाया गया है।

I, \_\_\_\_\_ (name) \_\_\_\_\_ (rank/designation) of \_\_\_\_\_  
 (unit/department) hereby certify that the particulars given in above have been authenticated by the records held in  
 the office and found correct.

स्थान/Place \_\_\_\_\_

दिनांक/Date \_\_\_\_\_

कार्यालय अध्यक्ष के हस्ताक्षर  
 (नाम, पद और कार्यालय की मोहर सहित)  
 Signature of Head of the Office  
 (With Name, Designation and Office Stamp)

कार्यालय का पूर्ण पता एवं दूरभाष संख्या \_\_\_\_\_

Complete address and Telephone No. of office \_\_\_\_\_

**टिपणी/Note-**

एक स्थान पर ठहरने की अवधि कम से कम छह मास होनी चाहिए।  
 Period of posting/stay at a place should be minimum six months.

सेवा-कालीन मृत्यु प्रमाण-पत्र / DIED IN HARNESS CERTIFICATE  
(केवल केन्द्रीय सरकार के कर्मचारियों के लिए/Only for Central Govt. Employees)

प्रमाणित किया जाता है कि कुमार/कुमारी ----- स्वर्गीय  
श्री/श्रीमती -----के पुत्र/पुत्री हैं जो -----  
(कार्यालय/विभाग) में नियमित रूप से सेवारत थे/थीं और उनका देहावसान सेवाकाल की अवधि में  
दिनांक -----को हो गया था।

Certified that Master/Miss \_\_\_\_\_ is the son/daughter of Late Sh./Smt.  
\_\_\_\_\_ who was regular employee of \_\_\_\_\_  
(Office/Department) and he/she died in harness (while in service) on \_\_\_\_\_ (date).

स्थान/Place \_\_\_\_\_  
दिनांक/Date \_\_\_\_\_

कार्यालय अध्यक्ष के हस्ताक्षर  
(नाम, पद और कार्यालय की मोहर सहित)  
Signature of Head of the Office  
(With Name, Designation and Office Stamp)

कार्यालय का पूर्ण पता एवं दूरभाष संख्या \_\_\_\_\_  
Complete address and Telephone No. of office \_\_\_\_\_