

૧: બાળકનું નામ: -----

૨: બાળકનો જન્મ તારીખ: -----

૩: બાળકની ઉંમર : -----

APPENDIX 2

૪: પિતાનું નામ : -----

૫: સરનામું : -----

૬: શાકાહારી/મસિહારી : -----

૭: માસિક આવક: કુલ મળીને મહોનામાં કેટલો છે, અ જણાવો:

અ) રૂા. ૧૦૦-૨૫૦ ()

બ) રૂા. ૨૫૦-૫૦૦ ()

ક) રૂા. ૫૦૦ કરતાં વધારે ()

૮: તમારા કુટુંબમાં કુલ સંખ્યા કેટલી ?

૧) ૧૮ વર્ષની ઉપરના : -----

૨) ૧૮ વર્ષની નીચેના : -----

સહુનિશાની

વાલાઓ,

સવિનય સાથે જણાવવાનું કે, આપના બાળકના નિશાનમાં શારિરિક તપાસ થવાની છે. આ તપાસ પછી જો કોઈ બાળક નબળું જણાય તો તેમને બધાને શકિતની ગોળાઓ આપવામાં આવશે. શારિરિક તપાસનો સંપૂર્ણ ખાતરો માટે એક વર્ષમાં ચાર વખત લોહી લેવામાં આવશે, ચો હમ બધો બાબત ક્ષમિતે તમે મંજૂરી આપશો તેવી અમે આશા વ્યક્ત કરીએ છીએ. આ તબીબી તપાસ માટે મંજૂરી આપતાં હોવ તો આ ફોર્મ ભરી નોંધે આપના સહો અથવા અંગૂઠાનું નિશાન કરી મોકલો આપશો.

સાથ અને સહકાર બદલ આભાર સહ,

આપનો વિશ્વાસુ,