

सूचना

संस्थागत समस्त छात्र छात्राओं को सूचित किया जाता है कि निदेशक प्राविधिक शिक्षा उत्तराखण्ड श्रीनगर गढ़वाल के पत्रांक 4157/नि0प्रा0शि0/प्रशा02020-21 दिनांक 11-12-2020 एवम उत्तराखण्ड शासन के संख्या 1196/XLI-A/20-54/2020 तकनीकी शिक्षा विभाग देहरादून दिनांक 11-12-2020 के द्वारा COVID19 के कारण प्रभावित पठन पाठन को दिनांक 15/12/2020 से ऑफलाइन मोड में पुनः संचालित करने हेतु संस्था को भौतिक रूप से पुनः खोला जाना है, जिसके लिए COVID 19 के दिशा निर्देशों का पालन करते हुए छात्र छात्राएं अपने अपने अभिभावकों की लिखित सहमति पत्र के साथ संस्था में ऑफलाइन पठन पाठन कार्य हेतु उपस्थित हो सकते हैं।

(नरेन्द्र कुमार)

प्रधानाचार्य
राजकीय पॉलिटेक्निक विकासनगर
गस्सोवाला, देहरादून

कार्यालय राजकीय पॉलिटेक्निक विकासनगर

पत्रांक 284 /शैक्षणिक/2020-21

दिनांक 14-12-2020

प्रतिलिपि

1. संस्था के नोटिस बोर्ड / संस्था वेबसाइट हेतु।

(नरेन्द्र कुमार)

प्रधानाचार्य
राजकीय पॉलिटेक्निक विकासनगर
गस्सोवाला, देहरादून

अभिभावक द्वारा सहमति एवं घोषणा -पत्र

छात्र का नाम-

कक्षा एवं वर्ग -

माता/पिता का नाम-

पिता /अभिभावक का दूरभाष न०- /मो० न०

स्नेही अभिभावक

जैसा कि आपको विदित है कि उत्तराखण्ड सरकार ने दिनांक 15.12.2020 से राजकीय पालीटेक्निक संस्थानों राज्य सरकार द्वारा जारी एस० ओ० पी० का अनुपालन करते हुए खोले जाने की अनुमति प्रदान की है। इस संबन्ध में अपने पाल्यों को संस्थान भेजने से पूर्व आपको लिखित सहमति पत्र संस्था को देना अनिवार्य हैं।

अभिभावक अपने पाल्यों को संस्थान भेजने से पूर्व इस बात से सन्तुष्ट हो जाये कि आपके पाल्य का शारीरिक स्वास्थ्य बिल्कुल ठीक है एवं इसकी प्रतिदिन जांच करते रहें। यदि आपको पाल्य के स्वास्थ्य में कोई अवांछनीय बदलाव हो रहा है अथवा कोई फ्लू के लक्षण हों तो तत्काल चिकित्सक की सलाह लें एवं इसकी सूचना संस्थान को भी दे तथा अपने पाल्य को संस्थान न भेजें। जिससे अन्य विद्यार्थियों एवं शिक्षकों के स्वास्थ्य पर कोई प्रतिकूल प्रभाव न पड़े।

1	क्या आपके पाल्य निम्न में से कोई बीमारी/लक्षण है	हाँ/नहीं
	A-कफ(Cough)	
	B-बुखार(Fever)	
	C-सांस लेने में तकलीफ(Difficulty in Breathing)	
2	क्या आपके पाल्य को निम्न में से कोई बीमारी है।	
	A- मधुमेह (Dibetes)	
	B- उच्च रक्त चाप Hypertension	
	C-लीवर संबन्धी बीमारी Lung Disease	
	D- हृदय संबन्धी बीमारी Heart Disease	
3	क्या आपके पाल्य ने हाल ही में किसी कोविड-19 हेतु राज्य सरकार/ जिला प्रशासन द्वारा प्रतिबन्धित क्षेत्र की यात्रा है।	
4	क्या आपके परिवार में कोई सदस्य कोविड-19 से संक्रमित है। यदि हां तो पृथक से पूर्ण विवरण दें।	

मैं एतद द्वारा अपनी सहमति प्रदान करता/करती हूँ कि मैं अपने पाल्य को संस्थान द्वारा जारी समय सारिणी के अनुसार संस्थान भेजने हेतु सहमत हूँ। साथ ही अपने पाल्य हेतु संस्थान आने- जाने का प्रबन्ध मैं स्वयं करूंगा। मैं वचन देता हूँ कि मेरा पाल्य संस्थान द्वारा जारी दिशा- निर्देशों एवं राज्य सरकार द्वारा जारी एस० ओ० पी० (मास्क, दस्ताने एवं सेनिटाइजर) का अनुपालन करेगा।

मेरा पाल्य खाने- पीने की वस्तुओं का अन्य छात्रों के साथ आदान-प्रदान नहीं करेगा।

दिनांक-

अभिभावक/ पिता का नाम व हस्ताक्षर