

Summer Camp 2016

(Organized by IPS Group of Colleges, Shivpuri Link Road, Gwalior)

APPLICATION FORM

(5th May to 4thJune 2016)

{Camp Timing 6.00 am to 9.00 am}

Please Submit One extra Photo for Identity Card

1. N	Name (in capital letters) Father's/Mother's Name									
2. F										
3. A	Age and Sex (minimum 5 years)									
4. A	Address with Contact No.									
•	Please mention, if						nma, blood sug	gars etc.		
	Swimming Cricke		et Tenn		is		Skating			
	Basketball	Basketball Footba		Table Te	ennis		oga / Aerobics			
	Shooting	ooting Badmi		Multi Gy	'm		quash Rackets			
9. R 10. F	Registration form and fees should For any queries regarding camp of Dr. Sani Kumar Verma				campus before the date of or		ening of the C	Camp on 5 th N	May 2016.	
	(Camp In-Charge)		(Coordinator)		(Swimming Coach)		1			
	8718805021		9039158258		9926224989					
	ature of Applicant		re queries and to	download A	_		walior.org)			
Mam	nbership fee of Sh	/Smt /Vu	·	FFICE USE	<u>.</u>	raggivad b	is/har annlias	tion		
	nembership may b					i received, ii	пѕ/пег аррпса	uon		
Date		o acception of				zed Signator	у			
===== ite No 1	BUS ROUTE AND TIME SCHEDULE {5.00 am Starting Time} Maharaja Complex DD Nagar (Main Gate) Gola Ka Mandir7 No. ChaurahaBaradari ChaurahaThatipur ChaurahaGovindpuriMadhonagarChandrawadi Ka nakaVikki FactoryIPS College {Arriving at IPS: 6:00 am} [Bus no. 520, Driver Name Mr. Raja, Mob. 9630077662]									
ite No 2										
ite No 3	{5.00 am Starting Time} Shabd Pratap Aashram KoteshwarBahodapurHanuman ChaurahaNai SadakPatankarBada Roxy PulEidgahaMurgiFarm IPS College {Arriving at IPS: 6:00 am} [Bus no. 1685, Driver Name Mr. Kalli , Mob. 9425129481]									

इंस्टीट्यूट ऑफ प्रोफेशनल स्टडीज, ग्वालियर बेला की बावडी तिराहा, शिवपुरी लिंक रोड, ग्वालियर

चिकित्सा प्रमाण पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कु	का स्वास्थ्य
परीक्षण मेरे द्वारा किया गया है यह अस्थमा, वि	
पीड़ित नही है। आई.पी.एस. के तरण ताल में त	तैरने के लिये इनका स्वास्थ्य उपयक्त है।
myn let e f siig. ii. yn. 12 dich i dich	चिकित्सक के हस्ताक्षर
दिनांक	
	क्रमांक
	पदमुद्रा
<u>शपथ</u>	<u>– पत्र</u>
मै शप	थिपूर्वक कथन करता हूँ कि मेरे पुत्र / पुत्री के
चिकित्सा प्रमाण पत्र में दी गई जानकारी मेरे	
भी प्रकार की दुर्घटना के लिये आई.पी.एस. ग्रुप उ	
नहीं होगा।	
दिनांक	हस्ताक्षर अभिभावक