

केन्द्रीय विद्यालय धार

आदरणीय अभिभावकगण,

आपको सूचित किया जाता है कि कोविड 19 के अनलॉक में मध्यप्रदेश शासन, स्कूल शिक्षा विभाग के पत्र क्रमांक एफ़ 44-4/2019/20-2 दिनांक 15/12/2020 के अनुसार कक्षा 10 और 12 के विद्यार्थियों की 18/12/2020 से नियमित रूप से पूरे निर्धारित समय तक के लिए कक्षाएँ संचालित की जा रही हैं। जिसके लिए विद्यार्थियों के माता-पिता की सहमति स्वेच्छिक आधार पर अनिवार्य रूप से चाहिए जो कि पूरे सत्र के लिए मान्य होगी। अतः इस हेतु नीचे सलग्न सहमति पत्र भर कर आज ही प्रेषित करें। विद्यालय आने पर सभी विद्यार्थी निर्धारित SOP का पालन अनिवार्य रूप से करेंगे। सहमति पत्र छात्र अपने साथ लेकर भी विद्यालय आ सकते हैं।

केन्द्रीय विद्यालय धार

सहमति सह घोषणा पत्र

मैं (अभिभावक का नाम) _____, पिता/माता/सरंक्षक (विद्यार्थी का नाम) _____ जो की केन्द्रीय विद्यालय धार (म.प्र.) में कक्षा _____ का छात्र/ छात्रा है को अपनी सहमति से पाठ्यक्रम संबंधी आवश्यक जानकारी प्राप्त करने हेतु विद्यालय द्वारा दी गई समय सारणी के अनुसार विद्यालय आकर विषयाध्यापक से संपर्क करने की स्वेच्छिक और सशर्त अनुमति देता हूँ/देती हूँ। साथ ही मैं यहा घोषणा करता /करती हूँ कि -

1. मेरा पुत्र / पुत्री कोविड-19 संक्रमण से बचाव हेतु जारी सभी निर्देशों (यथा मास्क पहनना / सेनेटाइज़र साथ लाना व बार बार हाथ सेनेटाइज़र करते रहना / सोशल डिस्टेंसिंग (न्यूनतम 6 फीट की दूरी अपने सहपाठी और शिक्षक से) इत्यादि का पालन करेगा । अपनी नोटबुक ,पेन, पेंसिल और पानी की बॉटल आदि का स्वयं इस्तेमाल करेगा ।
2. अपने पुत्र /पुत्री को निर्धारित समय पर विद्यालय लाने एवं विषयाध्यापक से मार्गदर्शन के उपरांत अविलंब वापस ले जाने की सम्पूर्ण जिम्मेदारी मुझ अभिभावक की ही होगी ।
3. मेरे परिवार का कोई सदस्य संक्रमित न ही है और नाही मेरा पुत्र /पुत्री इस संपर्क के समय सर्दी / जुकाम/ खांसी आदि से पीड़ित है। साथ ही यह भी कि मेरा पुत्र /पुत्री या मेरा परिवार किसी प्रकार के कंटेनमेंट ज़ोन में निवासरत नहीं है।
4. यदि किसी कारणवश मेरा पुत्र / पुत्री कोविड-19 संक्रमण से प्रभावित होता है तो उसकी सम्पूर्ण जिम्मेदारी मुझ अभिभावक की ही होगी ,इसके लिए विषयाध्यापक या विद्यालय प्रशासन किसी भी प्रकार का दोषारोपण नहीं करेगा /करेगी ।
5. यदि संक्रमण के लक्षण पाये जाते हैं तो भारत सरकार द्वारा जारी मानक दिशानिर्देशों (SOP) दिनांक 11/09/2020 के सिन्डु 8 (iv) के अनुसार निकटतम चिकित्सा सुविधा (अस्पताल /क्लीनिक) को अथवा राज्य या जिला हेल्पलाइन पर काल किया जाएगा, इसमें मुझे कोई आपत्ति नहीं होगी।

दिनांक

स्थान

हस्ताक्षर

पिता/ अभिभावक का नाम

मोबाइल नं।

हस्ताक्षर

माता का नाम

निवास का वर्तमान पता

नोट :- यह सहमति सह घोषणा पत्र विद्यालय आने के प्रत्येक अवसर पर लाना होगा और संबन्धित शिक्षक को सौंपने ।