

ਸੇਵਾ ਵਿਖੇ

ਇਥੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਸਕੂਲ ਮੁਖੀ ਵੱਲੋਂ ਤਸਦੀਕਸ਼ੁਦਾ ਫੋਟੋ ਚਿਪਕਾਈ ਜਾਵੇ ਅਤੇ ਇੱਕ ਤਸਦੀਕਸ਼ੁਦਾ ਫੋਟੋ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ ।

ਸਿਵਲ ਸਰਜਨ,

\_\_\_\_\_।

**ਵਿਸ਼ਾ :-** ਆਰ.ਐਚ.ਡੀ./ਸੀ.ਐਚ.ਡੀ./ਕੈਂਸਰ/ਥੈਲੇਸੀਮੀਆ ਕੰਟਰੋਲ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (ਐਨ.ਆਰ.ਐਚ.ਐਮ.) ਅਧੀਨ ਸਰਕਾਰੀ ਅਤੇ ਸਰਕਾਰੀ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਸਕੂਲਾਂ ਵਿੱਚ ਪਹਿਲੀ ਤੋਂ ਬਾਰਵੀ ਤੱਕ ਪੜਦੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦਾ ਮੁਫਤ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾਉਣ ਸਬੰਧੀ ਬੇਨਤੀ ਪੱਤਰ।

ਆਪ ਜੀ ਨੂੰ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਅਧੀਨ ਮੇਰੇ ਲੜਕੇ/ਲੜਕੀ ਦਾ ਮੁਫਤ ਇਲਾਜ ਕਰਾਇਆ ਜਾਵੇ ਜੀ । ਵੇਰਵਾ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਅਨੁਸਾਰ ਹੈ :-

- 1 ਬੱਚੇ ਦਾ ਨਾਮ - \_\_\_\_\_
- 2 ਪਿਤਾ ਦਾ ਨਾਮ - \_\_\_\_\_
- 3 ਜਨਮ ਮਿਤੀ - \_\_\_\_\_
- 4 ਜਮਾਤ ਦਾ ਵੇਰਵਾ - \_\_\_\_\_
- 5 ਸਕੂਲ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪੂਰਾ ਪਤਾ - \_\_\_\_\_
- 6 ਸਕੂਲ(ਸਰਕਾਰੀ/ਸਰਕਾਰੀ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਵਿੱਚ \_\_\_\_\_  
ਦਾਖਲ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ - \_\_\_\_\_
- 7 ਪਿਛਲੇ ਸਕੂਲ ਦਾ ਨਾਮ - \_\_\_\_\_
- 8 ਘਰ ਦਾ ਪੂਰਾ ਪਤਾ - \_\_\_\_\_
- 9 ਫੋਨ ਨੰਬਰ - \_\_\_\_\_

ਮਿਤੀ:-

ਆਪ ਜੀ ਦਾ ਵਿਸ਼ਵਾਸ਼ਪਾਤਰ,

\_\_\_\_\_  
(ਪਿਤਾ/ਅਟੈਂਡੈਂਟ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ)

ਤਸਦੀਕ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ \_\_\_\_\_ ਪੁੱਤਰ/ਪੁੱਤਰੀ \_\_\_\_\_ ਇਸ ਸਕੂਲ ਦਾ \_\_\_\_\_ ਜਮਾਤ ਦਾ ਵਿਦਿਆਰਥੀ/ਵਿਦਿਆਰਥਣ ਹੈ ਅਤੇ ਸਕੂਲ ਰਿਕਾਰਡ ਦੇ ਮੁਤਾਬਿਕ ਬੱਚੇ ਦੀ ਉਮਰ \_\_\_\_\_ ਹੈ । ਇਹ \_\_\_\_\_ ਸਾਲਾਂ ਤੋਂ ਇਸ ਸਕੂਲ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹੈ । ਇਹ ਸਕੂਲ ਸਰਕਾਰੀ/ਸਰਕਾਰੀ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਸਕੂਲ ਹੈ ।

ਸਕੂਲ ਮੁਖੀ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ,  
(ਮੋਹਰ ਸਮੇਤ)

ਤਸਦੀਕ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਬੱਚਾ ਕਲੀਨੀਕਲ ਨਰੀਖਣ ਕਰਨ ਉਪਰੰਤ ਆਰ.ਐਚ.ਡੀ./ਸੀ.ਐਚ.ਡੀ./ਕੈਂਸਰ/ਥੈਲੇਸੀਮੀਆ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਤੋਂ ਪੀੜ੍ਹਤ ਪਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ । ਇਸ ਲਈ ਅਗਲੀ ਲੋੜੀਂਦੀ ਕਾਰਵਾਈ ਲਈ ਸਟੇਟ ਹੈਡ-ਕਵਾਟਰ ਤੇ ਰੈਫਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ।

ਸਿਵਲ ਸਰਜਨ  
(ਮੋਹਰ ਸਮੇਤ)