.loh	Nο	375/08
JUU	INO.	3/3/00

दिनांकतक के शुल्क का भुगतान कर दिया गय	ग्र है ।	Job No. 375/08
DUES CLEARED UPTO		
रोक	ड़िया र	सं.
Cas	ड़िया shier ।	No.



दिल्ली विकास प्राधिकरण **DELHI DEVELOPMENT AUTHORITY**

हरि नगर खेल परिसर

	HARI NAGAR SPORTS COMPLEX
वल कार्यालय प्रयोग के लिए	Beriwala Bagh, Hari Nagar, New Delhi - 110064
OR OFFICE USE	Ph.: 011-25136683, E-mail: ddahnsc@rediffmail.com

	ल कार्यालय प्रयोग के लिए Beriwala Bagh, R OFFICE USE Ph. : 011-25136683							
 3. 4. 	सदस्यता सं. MEMBERSHIP NO		शिफ्ट सं. SHIFT NO	मासिक MONTI	पास ∕ सत्र HLY PASS तिथि DATE [पास S/SEASOI	NAL PASS	S
	परिसर के तरण ताल की APPLICATION FOR AVAILING	0				S POOL		
7.	आवेदक का नाम	IACILII	1 01 001	III LLX 3	AAIIAIIAIIIAC	FOOL		
	(साफ अक्षरों में)							
	NAME OF THE APPLICANT	Ш			Ш		$\perp \perp$	
8.	(Block Letters) पिता / पति का नाम							
	FATHER/HUSBAND NAME					\Box	\top	
9.	निवास का पता							
	RESIDENTIAL ADDRESS							
	THE SIZE OF THE SI			i i		Ti i	TT	一
	पिन∕ PIN	 	/ PHONE			+	┽	
	1917 FIN	ا ۱ اله			+++		_	
10.	कार्यालय का पता		MO	В				
	OFFICE ADDRESS							
	पिन∕ PIN			फोन/ P	HONE [\Box	
11.	व्यवसाय स=सेवा,	व्या=	व्यापार,	व=व्यवसार	ম,	अ=अन्य		
	OCCUPATION S=SERVICE,	B=BUSIN	IESS, P=F	PROFESS	SION,O=C	THER		
12.	जन्म तिथि	13.	आयु					
	DATE OF BIRTH			AGI				
14.	जो शिफ्ट चाहते हैं, उसका उल्लेख करें							
	Please indicate the shift preferred							
		1			सांध्य कार	गीन शिफ्ट		
	MORNING SHIFT				EVENIN			
	I II III IV V			Ш	III	IV	V	VI
I		1	I	1 400	I - 00	I	l	I

8.00 9.00

साध्य कार्लीन शिफ्ट								
EVENING SHIFT								
1	II	III	V	VI				
3.00	4.00	5.00	6.00	7.00	8.00			

पावती/ACKNOWLEDGEMENT SLIP

दिल्ली विकास प्राधिकरण

DELHI DEVELOPMENT AUTHORITY

हरि नगर खेल परिसर HARI NAGAR SPORTS COMPLEX आवेदन पत्र सं. Applicant No.

		तरण—ताल की सुविधा प्राप्त करने के लिए आवेदन पत्र औररू
(केवल		रु०)का पे आर्डर/डिमांड ड्राफ्ट प्राप्त कार्ड हुआ दिनांकको या उसव
बाद प्राप्त किया जा सक		•
Received from Sh./Smt.	./Km	Application for availing facility of Swimming Pool and an amount
of Rs	(Rupees	only in pay order/DD

द्योषणा / DECLARATION

मैं एतद्द्वारा घोषणा करता हूँ कि :--

- 1. मुझे तैरना आता है / नहीं आता है और मैं तैराकी अपने जोखिम पर करुंगा । I know/do not know swimming and will swim at my own risk
- 2. मैंने पीछे दिए गए नियम, विनियम और विशेष अनुदेश पढ़ लिए हैं और एतद्द्वारा उनका पालन करने का वचन देता हूँ । I have read the overleaf rules, regulations and special instructions and hereby undertake to abide by them
- 3. आवेदन पत्र में दिए गए सभी विवरण मेरे समस्त ज्ञान के अनुसार सही हैं । यदि विवरण गलत पाए गए तो मेरी सदस्यता रद्द की जा सकती है ।

All the particulars mentioned in the application form are correct to the best of my knowledge, if found wrong, my membership may be cancelled.

4. अवयस्क के मामले में

मेरा पुत्र/पुत्री......तैरना जानता/जानती है और वह आपके तरण—ताल में हमारे जोखिम पर तैरता/तैरती है । मैं इस संबंध में एतद्द्वारा दि.वि.प्रा. खेल परिसर प्राधिकारियों और तरण—ताल को क्षतिपूर्ति करने हेतु वचन देता हूँ । In case of MINOR

My Son/Daughter.....knows/does not know swimming and he/she is swimming in your Swimming Pool at our risk. I hereby indemnify the DDA Sports Complex Authorities and the Swimming Pool Management in this regard.

टिप्पणी : तैराकी पास के लिए कृपया इस आवेदन पत्र के साथ एक अतिरिक्त फोटो (टिकट आकार का) संलग्न करें । Note : Please attach a spare copy of Photo (Ticket size) for swimming. Pass alongwith this form

> आवेदक / अभिभावक के हस्ताक्षर (Signature of Applicant/Parents)

चिकित्सा प्रमाणपत्र MEDICAL CERTIFICATE

प्रमाणित किया जा	ाता है कि मैंने	श्री / श्रीमती ,	⁄ कुमारी		••••	 	आय	 वर्ष	की	चिकित	ना
है और वह किसी											
लिए योग्य है ।				•	•	•					

This is to certify that I have examined Sh./Smt./Km.....age.....and found that he/she is not suffering from any Chronic/Contagious disease or/any disability which prevents him/her from Swimming. As such he/she is fit for Swimming.

तिथि Date.....

टिप्पणी :

Note:

- 1. प्रमाण पत्र पर पंजीकृत एम.बी.बी.एस. डॉक्टर द्वारा हस्ताक्षर किए जाएं । The Certificate has to be signed by Regd. MBBS Doctor.
- 2. इस आवेदन पत्र के साथ लेखा विभाग का बेबाकी प्रमाण पत्र संलग्न करें Please attach a No Dues Certificate from Accounts alongwith this form.

डॉक्टर के हस्ताक्षर नाम तथा मोहर और पजीकरण सं. Doctor's Signature Name & Stamp with Regn. No.