

मूल्य 10/- रू0 + जी.एस.टी
Rs. 10/- + GST.

दिनांकतक के शुल्क का भुगतान कर दिया गया है।
DUES CLEARED UPTO

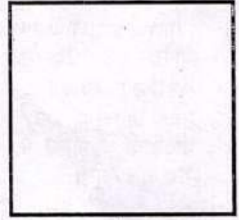
रोकड़िया
Cashier

सं.
No.



दिल्ली विकास प्राधिकरण DELHI DEVELOPMENT AUTHORITY

द्वारका खेल परिसर
DWARKA SPORTS COMPLEX



केवल कार्यालय प्रयोग के लिए
FOR OFFICE USE

1. सदस्यता सं. MEMBERSHIP NO. <input type="text"/>	2. शिफ्ट सं. SHIFT NO. <input type="text"/>
3. तरण ताल सदस्यता सं. SWIMMING POOL MEMBERSHIP NO. <input type="text"/>	मासिक पास/सत्र पास MONTHLY PASS/SEASONAL PASS
4. प्रवेश शुल्क ENTRY FEES <input type="text"/>	5. रसीद सं. RECEIPT NO. <input type="text"/>
	6. तिथि DATE <input type="text"/>

परिसर के तरण ताल की सुविधा प्राप्त करने से संबंधित आवेदन पत्र APPLICATION FOR AVAILING FACILITY OF COMPLEX SWIMMING POOL

7. आवेदक का नाम (साफ अक्षरों में) NAME OF THE APPLICANT (Block Letters)	<input type="text"/>
8. पिता/पति का नाम FATHER/HUSBAND NAME	<input type="text"/>
9. निवास का पता RESIDENTIAL ADDRESS	<input type="text"/>
पिन/PIN <input type="text"/>	फोन/PHONE <input type="text"/>
10. कार्यालय का पता OFFICE ADDRESS	<input type="text"/>
पिन/PIN <input type="text"/>	फोन/PHONE <input type="text"/>
11. व्यवसाय OCCUPATION	स=सेवा, व्या=व्यापार, व=व्यवसाय, अ=अन्य <input type="checkbox"/> S=SERVICE, B=BUSINESS, P=PROFESSION, O=OTHER
12. जन्म तिथि DATE OF BIRTH	13. आयु AGE <input type="text"/>
14. जो शिफ्ट चाहते हैं, उसका उल्लेख करें Please indicate the shift preferred	

प्रातः कालीन शिफ्ट MORNING SHIFT				
I	II	III	IV	V
6.00	7.00	8.00	9.00	10.00

सांध्य कालीन शिफ्ट EVENING SHIFT					
I	II	III	IV	V	VI
3.00	4.00	5.00	6.00	7.00	8.00

पावती/ACKNOWLEDGEMENT SLIP
दिल्ली विकास प्राधिकरण
DELHI DEVELOPMENT AUTHORITY
द्वारका खेल परिसर तरण-ताल
D.S.C. SWIMMING POOL

आवेदन पत्र
Applicant No.

श्री/श्रीमती/कुमारी.....से तरण-ताल की सुविधा प्राप्त करने के लिए आवेदन पत्र और.....रू0
(केवल.....रू0) का पे आर्डर/डिमांड ड्रासफ्ट प्राप्त कार्ड हुआ दिनांक.....को या उसके
बाद प्राप्त किया जा सकता है।
Received from Sh./Smt./Km.....Application for availing facility of Swimming Pool and an amount
of Rs.....(Rupees.....only in pay order/DD)
card to be collected on or after.....

प्राप्तकर्ता लिपिक के हस्ताक्षर
Signature of receiving clerk

घोषणा /DECLARATION

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि :-

I hereby declare that :

1. मुझे तैरना आता है/नहीं आता है और मैं तैराकी अपने जोखिम पर करूंगा।
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 एतद्वारा 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. आपेदन 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 अपाके तरण-ताल में हमारे जोखिम पर तैरता/तैरती है। मैं इस संबंध में एतद्वारा 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 attache 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 जाता है कि मैंने श्री/श्रीमती/कुमारीआयु.....वर्ष की चिकित्सा जांच की है और वह किसी गंभीर/संक्रामक रोग अथवा किसी ऐसी विकलांगता से पीड़ित नहीं है, जो उसके तैरने में बाधक हो। अतः वह तैरने के 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 पंजीकरण सं.
Doctor's Signature
Name & Stamp with Regn. No.

888113