

INDRAPRASTHA COLLEGE FOR WOMEN

(University of Delhi)

INDRAPRASTHA COLLEGE WOMEN'S HOSTEL / KALAVATI GUPTA HOSTEL

MEDICAL RECORD OF THE RESIDENT

Name of Hostel Resident _____

Course _____ Year _____

Blood Group: _____ Known Allergies: _____

Do you suffer from any Chronic Ailment? Yes / No

If yes, give details: _____

Any specific Medication prescribed: _____

Any other detail you would like to furnish: _____

Certified that the candidate is medically fit to stay in the hostel: Yes/No

Signature of the Doctor
(with official seal)

(Name and Registration No.)

Signature of the Student

Signature of the Parent

Note: Residents are required to keep their complete medical records with them during the period of their stay in the Hostel.

(College/Office use only)

College Roll No. _____ Allotted Room No. _____

इन्द्रप्रस्थ महिला महाविद्यालय

दिल्ली विश्वविद्यालय

इन्द्रप्रस्थ महाविद्यालय महिला छात्रावास/कलावती गुप्ता छात्रावास

निवासी छात्रा का मेडिकल रिकॉर्ड

निवासी छात्रा का नाम

पाठ्यक्रम वर्ष

ब्लड ग्रुप: एलर्जी :

क्या आप किसी दीर्घकालिक बीमारी से पीड़ित हैं? हाँ/नहीं

यदि हाँ, तो विवरण दें

किसी विशेष दवा की आवश्यकता है

कोई अन्य विवरण जो आप प्रस्तुत करना चाहते हैं

प्रमाणित किया जाता है कि अभ्यर्थी छात्रावास में रहने के लिए स्वस्थ है। हाँ/नहीं

चिकित्सक के हस्ताक्षर
(कार्यालय की मुहर सहित)

(नाम और पंजीकरण सं.)

छात्रा के हस्ताक्षर

माता-पिता के हस्ताक्षर

टिप्पणी: छात्रावास में अपने निवास के दौरान निवासी छात्राएँ अपना पूरा मेडिकल रिकॉर्ड अपने साथ रखें।

(महाविद्यालय/कार्यालय के उपयोग के लिए)

महाविद्यालय अनुक्रमांक आबंटित कक्ष सं.