



महाराष्ट्र राज्य माध्यमिक व उच्च माध्यमिक शिक्षण मंडळ, कोल्हापूर विभागीय मंडळ, कोल्हापूर ४१६००४.

परिपत्रक क्र.कोविमं/उच्च माध्य./परीक्षा सन २०२१/ 69 89

दि.०४/०२/२०२१

०४

**विषय : सन २०२१ मध्ये घेण्यात येणा-या उच्च माध्यमिक प्रमाणपत्र (इ.१२ वी) परीक्षेस प्रविष्ट होणा-या दिव्यांग [ अपंग ] विद्यार्थ्यांचे प्रस्ताव पाठविणेबाबत...**

उपरोक्त विषयाच्या अनुषंगाने विशेष गरजा असलेल्या दिव्यांग विद्यार्थ्यांना मिळणा-या शैक्षणिक सवलतीबाबत सुधारित शासन निर्णय क्र.संकीर्ण(२०१७/(११८/१७) /एस.डी.६,दि.१६ऑक्टोबर, २०१८ अवलोकीत व्हावा. सन २०२१ मध्ये होणा-या उच्च माध्यमिक प्रमाणपत्र (इ.१२ वी) परीक्षेस दिव्यांग प्रवर्गातून प्रविष्ट होणा-या विद्यार्थ्यांना नियमानुसार दिल्या जाणा-या शैक्षणिक सवलती मिळणेसंदर्भात कनिष्ठ महाविद्यालयांकडून या विभागीय मंडळाकडे परिपूर्ण विहित प्रस्ताव मुदतीत (०१ मार्च २०२१ ) सादर करणे आवश्यक आहे. अधिक माहिती पुढीलप्रमाणे

१. दिव्यांग विद्यार्थ्यांच्या आवेदनपत्रांत निर्धारित २२ दिव्यांग प्रवर्गापैकी त्यांच्या दिव्यांग प्रवर्गाप्रमाणे कोड नंबर नमूद करणे आवश्यक आहे. उदा. अंध[Blind] विद्यार्थ्यांसाठी साठी 1 , कर्णबधिर/ मूकबधिर [Hearing Impairment- Deaf & Dumb] साठी 3 ,अस्थिव्यंग [ Ortho.Handicap] साठी 4 याप्रमाणे
२. प्रस्तावासोबत शासनमान्य वैद्यकीय प्रमाणपत्राची प्रमाणित छायाप्रत सादर करणे आवश्यक आहे.
३. दिव्यांग विद्यार्थ्यांसाठी मंडळाने निर्धारित केलेले वैद्यकीय अधिका-यांच्या स्वाक्षरीसह प्रमाणपत्र आवश्यक
४. अस्थिव्यंग विद्यार्थ्यांच्या वैद्यकीय प्रमाणपत्रावर विद्यार्थ्यांचा नजीकच्या काळातील पूर्ण फोटो विहित जागेत चिटकवणे आवश्यक आहे.
५. शिफारस पत्रामध्ये नियमानुसार परीक्षेसाठी जादा वेळ, सवलत गुण तसेच लेखनिक संदर्भात स्पष्ट शिफारस असणे आवश्यक आहे. लेखनिकाची मदत घ्यावयाची असल्यास तशी वैद्यकीय अधिका-यानी प्रमाणपत्रावर शिफारस करणे आवश्यक आहे.
६. लेखनिक हा चालू शैक्षणिक वर्षात इयत्ता ११ वी मध्ये शिक्षण घेत असावा.तसे त्याचे फोटोसह बोनाफाईड सर्टीफिकेट जोडणे आवश्यक आहे, परीक्षेसाठी प्रविष्ट होणारा विद्यार्थी आणि लेखनिक या दोघांचे तसेच त्यांच्या पालकांची लेखी मागणी तथा संमती पत्र जोडणे आवश्यक आहे.

**वरीलप्रमाणे परिपूर्ण प्रस्ताव सोमवार दिनांक ०१ मार्च २०२१ पर्यंत या विभागीय मंडळ कार्यालयाकडे हस्तपोहोच अथवा टपालामार्फत पोहोचणे आवश्यक राहिल. अपूर्ण असलेल्या तसेच मुदतीत सादर न झालेल्या प्रस्तावावर विचार केला जाणार नाही. तसेच त्यामुळे सवलतीपासून विद्यार्थी वंचित राहिल्यास सर्वस्वी जबाबदारी कनिष्ठ महाविद्यालयाची राहिल याची नोंद घ्यावी.**

अशा विशेष गरजा असणा-या दिव्यांग विद्यार्थ्यांना नियमानुसार सवलती मिळणेच्या अनुषंगाने वरीलप्रमाणे सर्व त्या सूचना वैयक्तिक स्वरुपात निदर्शनास आणून द्याव्यात.अधिक माहिती मंडळाच्या [www.sscboardkolhapur.in](http://www.sscboardkolhapur.in) या संकेतस्थळावर उपलब्ध आहेत. त्याप्रमाणे कार्यवाही करावी.

[ देविदास कुलाळ ]

विभागीय सचिव,  
कोल्हापूर विभागीय मंडळ, कोल्हापूर.

सोबत : वरीलप्रमाणे विहित वैद्यकीय फॉर्म प्रति,

प्राचार्य, सर्व मान्यताप्राप्त कनिष्ठ महाविद्यालये. . . सातारा,सांगली,कोल्हापूर  
Rao general



**FORM - 1**

( अंध विद्यार्थी )

**MEDICAL CERTIFICATE FOR BLIND**

Certified that I, Dr. \_\_\_\_\_

Registration No. \_\_\_\_\_ have this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_

200\_\_\_\_\_, examined the candidate whose particulars are given below.

1. Name of the Candidate :-
2. Father's Name :-
3. Sex :-
- Approximate Age :-
- Identification Mark :-
6. Extent of Residual Vision, if any :-

Right Eye :

Left Eye :

Onset of blindness (Please State whether blindness is from birth or acquired later. If it has been caused afterwards, the age and cause of blindness may be indicated. (For the purpose of concessions granted to blind candidates blinds are those who suffer from either of the following.

- a) Total absence of sight
- b) Visual acuity not exceeding 6/60 or 20/200 (Snellen) in the better eye with correcting lenses.
- c) Limitation of the field of vision subtending an angle of 20 degree or worse.)

Please state clearly whether the Candidate is blind who can be considered for the purpose of giving concession, granted by the Board to blind candidates.

( Signature of Ophthalmologist )

Signature of Applicant.

Designation :

Office stamp :

School stamp & Signature of Headmaster

Address :

School No.



**FORM - 2**

( मुक व बधीर विद्यार्थी )

**MEDICAL CERTIFICATE FOR THE DEAF & DUMB**

Certified that I, Dr. \_\_\_\_\_

Registration No. \_\_\_\_\_ have this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_

200\_\_\_\_\_, examined the candidate whose particulars are given below.

1. Name of the Candidate :-
2. Father's Name :-
3. Sex :-
4. Approximate Age :-
5. Identification Mark :-
6. An estimate of the residual hearing, if any and the basis on which this estimate has been arrived at. :-
7. Onset of deafness (please state whether deafness if from birth or acquired later, If it has been caused afterwards the age and cause of deafness may be indicated)  
(For the purpose of concessions granted to deaf candidates, deaf are those in whom the sense of hearing is non-functional for the ordinary purposes of life. Generally loss of hearing at 60 decibels or above at 500,1000,2000 frequencies will make residual hearing non-functional)
8. Please state clearly whether the candidate is deaf for the purpose of giving concessions granted by the board to deaf candidates.
9. Please enclose audiogram chart.

i) Right Ear :

ii) Left Ear :

Signature of Candidates

Place :-

Date :-

( Signature of ENT Specialist )

Designation :-

Office Stamp :-

School stamp &amp; Signature of Headmaster

School No.



**FORM IV**  
**MEDICAL CERTIFICATE FOR CANDIDATES**  
**HAVING LEARNING DISABILITY**

Certified that We Dr.

Reg. No.

and Dr./Special educator

Reg. No.

Have examined the candidate whose particulars are given below on the following dates independent of each other;

1. NAME OF THE CANDIDATE :

2. FATHER'S NAME :

3. SEX :

4. AGE IN YEARS AND MONTHS :

5. IDENTIFICATION MARK :

6. NATURE OF THE DISABILITY : (Based on the tests devised by the board comprising of a neurologist, child psychologist and special educator) Please indicate the disability with a ✓ (tickmark).

a) DYSLEXIA

b) DYSGRAPHIA

c) DYSCALCULIA

Date :

Signature of the examining  
neurologist

Date :

Signature of the examining  
pediatrician/special educator



School Index :

## FORM - III

### MEDICAL CERTIFICATE IN RESPECT OF AN ORTHOPAEDICALLY (PHYSICALLY) HANDICAPPED OR SPASTIC CANDIDATE

For the purpose of concession granted to orthopaedically (Physically), Handicapped or spastic. The orthopaedically (Physically) Handicapped or spastic are those who have physical defect of deformity which causes an interference with the normal functioning of bones, muscles and joints.

Certificate that I, Dr. \_\_\_\_\_

Registration No. \_\_\_\_\_ have this \_\_\_\_\_ day  
of \_\_\_\_\_ 200\_\_\_\_\_, examined the applicant whose particulars are given  
below and that he / she falls within the above definition.

1. Name of Candidate : \_\_\_\_\_
2. Identification Mark : \_\_\_\_\_
3. Sex : \_\_\_\_\_
4. Father's Name : \_\_\_\_\_
5. Approximate Age : \_\_\_\_\_
6. (a) Nature of disability :

(Tick relevant from following list)

POST-POLIO PARALYSIS, HEMIP-LECIA,  
QUAD RAPLECI-A, MALUNITIED FRACTURE,  
NERVE PARALYSIS, UPPER EXTREMITY,  
LOWER EXTREMITY LIMP, PAINFUL, SHORTENING,  
DEFORMITY, CONGENITAL ACQUIRED, ABOVE KNEE  
BELOW KNEE, HOP HEMIPELVECTOMY, SYMES,  
CHEOPARTS, WRIST, FINGERS, BELOW ELBOW,  
ABOVE ELBOW, SHOULDERS, FORE QUARTER, UNILATERAL,  
BILATERAL.

- (b) Extent of Disability :

Estimate in percentage (MC Bridge Scale)

On ANATOMICAL, FUNCTIONAL,  
(PATIENTS ASSESSMENT, EXAMINER'S ASSESSMENT)  
PERCENTAGE

(Please state whether the percentage of disability  
is 25 or above)

- (c) Use of applicant (Tick relevant from following list)



CALLIPER, CMUTCH, ABOVE KNEE,  
BELOW KNEE PROSTHESIS, CANE,  
UNILATERAL, BELOW, BILATERAL,  
ABOVE ELBOW, HEMIPLECTOMY,  
SHOULDER-DIS-ARTICULATION.

(d) ANY OPERATION DONE INDICATED

(e) PHOTOGRAPH (Attested)

To show the nature of disability and any  
appliance if used.

7. Any other particulars to clarify the nature  
and extent of disability that the Surgeon  
might like to point out.

**Signature of Applicant**

Place :

Date :

**(Signature of Orthopaedic Surgeon)**

Designation :

Office Stamp :

Full Address :

PHOTOGRAPH  
ATTEST  
HERE

**Signature of Civil Surgeon**

Designation :

Office Stamp :

Full Address :

**(Signature of Head Master with School Stamp)**

School Index :