



Maharashtra State Board of Secondary and Higher Secondary Education,  
Kolhapur Divisional Board, Kolhapur-416004  
महाराष्ट्र राज्य माध्यमिक व उच्च माध्यमिक शिक्षण मंडळ,  
कोल्हापूर विभागीय मंडळ, कोल्हापूर - ४१६००४.

Phones : Chairman 2690829 Secretary 2691405  
E-Mail: [divsec.kop@gmail.com](mailto:divsec.kop@gmail.com)

PBX-2696101,2696102,2696103  
Web : [sscboardkolhapur.in](http://sscboardkolhapur.in)

परिपत्रक क्र.कोविमं/उच्च माध्य./मार्च 2022/ ०१७-क्र २२८५

दि. 04/01/2022

विषय: मार्च एप्रिल 2022 मध्ये घेण्यात येणाऱ्या उच्च माध्यमिक प्रमाणपत्र (इ.12 ) परीक्षेस प्रविष्ट होणाऱ्या दिव्यांग व खेळाडू विद्यार्थ्यांचे प्रस्ताव पाठविणेबाबत.

या परिपत्रकाद्वारे सर्व मान्यताप्राप्त शाळा / कनिष्ठ महाविद्यालयांना कळविण्यात येते की उच्च माध्यमिक प्रमाणपत्र परीक्षा मार्च एप्रिल 2022 परीक्षेसाठी अ) दिव्यांग विद्यार्थी सवलत ब) खेळाडू विद्यार्थी सवलत प्रस्ताव या कार्यालयास सादर करण्याबाबत खालीलप्रमाणे कार्यवाही करण्यात यावी.

अ) दिव्यांग विद्यार्थी सवलत प्रस्तावाबाबत :-

विशेष गरजा असलेले विद्यार्थी यांना मिळणाऱ्या सवलतीबाबत (सुधारित शासन निर्णय क्र.संकीर्ण (2017/118/17)/ एस.डी.6. दि.16 ऑक्टोबर, 2018 नुसार विद्यार्थ्यांना हव्या असलेल्या सवलती मागणीसह योग्य दिव्यांग कोड नोंदवून प्रस्ताव व मंडळाने निर्धारित केलेल्या नमुन्याप्रमाणे मुळ वैद्यकीय प्रमाणपत्रावर सोबत जोडलेल्या विहित नमुन्याप्रमाणे जिल्हा वैद्यकीय अधिकारी यांच्या स्वाक्षरीचे प्रस्ताव सादर करावेत. तसेच दिव्यांग प्रस्ताव मागविताना प्रस्तावावर आवेदनपत्र क्रमांक / बँटक क्रमांक नोंदीसह आवश्यक कार्यवाही पूर्ण करून परिपूर्ण प्रस्ताव मंगळवार दि.25/01/2022 पर्यंत मंडळाकडे पोहोचतील अशा बेताने पोस्टाने अथवा हस्तपोहोच सादर करावेत.

विशेष गरजा असलेल्या दिव्यांग विद्यार्थ्यांना मंडळाच्या परीक्षेमध्ये जादा वेळेची सवलत तसेच उत्तीर्ण होण्यासाठी मिळणाऱ्या जादा गुणांची सवलत इ. सवलती निर्दिष्ट केलेल्या आहेत. तथापि सदर दिव्यांग प्रवर्गातील विद्यार्थ्यांचे प्रस्ताव निर्धारित मुदतीत सादर न केल्यामुळे किंवा परीक्षेनंतर सादर केल्यामुळे बरेच विद्यार्थी मंडळाच्या उपरोक्त सवलतीपासून वंचित राहतात असे मंडळाच्या निदर्शनास आले आहे.सबब याबाबत आवश्यक दक्षता घेण्यात यावी.

ब) खेळाडू विद्यार्थी सवलत प्रस्तावाबाबत :-

उच्च माध्यमिक प्रमाणपत्र इ.12 वी परीक्षेस प्रविष्ट होणा-या जिल्हा/ विभाग/ राज्य/ राष्ट्रीय क्रीडा स्पर्धेत प्राविण्य/ सहभागी झालेल्या विद्यार्थ्यांना मिळणाऱ्या जादा गुण सवलतीबाबत सुधारीत शासन निर्णय क्रमांक उमाशि-2015/प्र.क्र.262/एस.डी.2 दि.20/12/2018 नुसार योग्य ती आवश्यक कार्यवाही करावी.

- 1) यासंदर्भात शाळा/ क.महाविद्यालय प्रमुखांनी खेळाडू विद्यार्थ्यांचे विहित नमुन्यातील आपले परिपूर्ण प्रस्ताव दि.05/04/2022 पर्यंत संबंधित जिल्हा क्रीडा अधिकारी यांचेकडे सादर करण्यात यावेत.
- 2) तसेच संबंधित जिल्हा क्रीडा अधिकारी यांना प्राप्त प्रस्तावाची छाननी करून, दि.30/04/2022 पर्यंत त्यांचेकडील प्राप्त परिपूर्ण प्रस्ताव स्पष्ट शिफारशीसह या कार्यालयास सादर करावेत.

सबब वरील महत्त्वाच्या सर्व माहिती व सूचनांची नोंद घ्यावी. सदरच्या सर्व सूचना नोटीस बोर्डवर लावून त्यासर्व विद्यार्थ्यांच्या निदर्शनास आणाव्यात. तसेच निर्धारित मुदतीनंतर याबाबत पालकांच्या तक्रारी मंडळाकडे येणार नाहीत याची काटेकोरपणे दक्षता घ्यावी. वरील प्रमाणे कार्यवाही न झाल्यास आणि त्यामुळे विद्यार्थ्यांचे शैक्षणिक नुकसान झाल्यास किंवा सवलतीपासून वंचित राहिल्यास त्याबाबतची संपूर्ण जबाबदारी आपली राहिल याची नोंद घ्यावी.

उपरोक्त बाबतचे सर्व विहित फॉर्म व माहिती मंडळाच्या संकेतस्थळ [www.sscboardkolhapur.in](http://www.sscboardkolhapur.in) वर उपलब्ध आहेत. ते पाहून त्याप्रमाणे उचित कार्यवाही करावी

सोबत- वरील प्रमाणे दिव्यांग विद्यार्थी प्रमाणपत्र नमुने 1 ते 5

प्रति,

प्राचार्य,

सर्व मान्यता प्राप्त कनिष्ठ महाविद्यालये, सातारा/सांगली/कोल्हापूर.

प्रत माहिती तथा आवश्यक कार्यवाहीस्तव :- मा. जिल्हा क्रीडा अधिकारी, सातारा/सांगली/कोल्हापूर

यांना कळविण्यात येते की, वरील शासन निर्णयानुसार प्राप्त प्रस्ताव स्पष्ट शिफारशीसह निर्धारित मुदतीत मंडळास सादर करण्यात यावेत.

प्रत माहितीस्तव :-

- 1) मा.शिक्षण उपसंचालक, कोल्हापूर विभाग, कोल्हापूर
- 2) शिक्षणाधिकारी माध्यमिक जिल्हा परिषद सातारा/सांगली/कोल्हापूर

(एस.डी. सोनवणे)  
विभागीय सचिव,

कोल्हापूर विभागीय मंडळ, कोल्हापूर

**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 :-

School stamp &amp; Signature of Headmaster

School No.

( Signature of ENT Specialist )

Designation :-

Office Stamp :-

**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)

(2)

CALLIPER, CMUTCH, ABOVE KNEE,  
BELOW KNEE PROSTHESIS, CANE,  
UNILATERAL, BELOW, BILATERAL,  
ABOVE ELBOW, HEMIPELVECTOMY,  
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 :

Seat No. :

Centre 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

FORM - V

Medical Certificate for the Autistic Candidate

Attested  
Photograph

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

Registration No. \_\_\_\_\_ Dated \_\_\_\_\_ have

examined the candidate whose particulars are given below :

1. Name of the Candidate :
2. Sex :
3. Age/Approximate Age :
4. Identification Mark :
5. (a) Father's Name :  
(b) Mother's Name :
6. Extent of autism
7. Please mention the percentage of disability  
and state clearly whether the candidate is autistic  
and eligible to get concession granted  
by the Board to Autistic candidate :

Signature of the Candidate :

Place :

Date :

Countersigned by Civil Surgeon and Date :

School Index No. / Jr. College Index No. :

Signature of the Head Master / Principal and Stamp :

Signature of Specialized Doctor

Designation

Office Stamp

Address :

\*\*\*

(१६१)