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

परिपत्रक क्र.कोविमं/माध्य.परीक्षा/२४४४/ दिनांक-:०१/१२/२०२२

विषय : मार्च २०२३ मध्ये घेण्यात येणाऱ्या माध्यमिक शालांत प्रमाणपत्र (इ.१० वी) परीक्षेस प्रविष्ठ होणाऱ्या विद्यार्थ्यांचे हजेरी क्षमापित करणे, आवेदनपत्र रद्द करणे, खेळाडू विद्यार्थी व दिव्यांग विद्यार्थ्यांचे प्रस्ताव मंडळ कार्यालयास सादर करण्याबाबत.. ..

(१) विभागीय मंडळाकडून उपस्थितीमधील तूट क्षमापित करणेबाबत:-

नियमित विद्यार्थ्यांची प्रथम व व्दितीय सत्रातील हजेरी स्वतंत्रपणे ७५% भरणे आवश्यक आहे. उपस्थितीची गणना प्रथम सत्र विदयावर्षाच्या प्रारंभाच्या दिनांकापासून १५ ऑक्टोबर पर्यंत व दुसरे सत्र १६ ऑक्टोबर पासून ३१ जानेवारीपर्यंत धरण्यात यावी. ज्या विद्यार्थ्यांची हजेरी दोन्ही सत्रात स्वतंत्रपणे सरासरी ६० टक्के ते ७५ टक्केच्या दरम्यान आहे अशा विद्यार्थ्यांची हजेरी क्षमापित करण्याचा अधिकार विभागीय अध्यक्षांना आहे.

(२) राज्य मंडळाकडून उपस्थितीतील तूट क्षमापित करणेबाबत:-

ज्या नियमित विद्यार्थ्यांची उपस्थिती प्रथम व द्वितीय सत्रात स्वतंत्रपणे अथवा अपवादात्मक प्रकरणी दोन्ही सत्रात स्वतंत्रपणे ५०%टक्केपेक्षा जास्त परंतु ६०%टक्क्यापेक्षा कमी आहे अशा प्रकरणी त्रुटीचे कारण

१) विद्यार्थ्यांचा प्रलंबित आजार
२)विद्यार्थ्यांच्या आई वडिलांचे आकस्मित निधन
३)अनपेक्षित कारणांमुळे विद्यार्थ्यास बऱ्याच कालावधीसाठी परगावी/परदेशी जाणे भाग पडणे
४) नैसर्गिक आपत्ती

या खेरीज अन्य रास्त कारण असल्यास अशा कारणांच्या सबळ पुराव्यासह (दाखला, प्रमाणपत्र) सत्रवार हजेरीतील तफावतीची नोंद करून प्रस्ताव मंडळाकडे पाठवावेत. प्रत्येक विद्यार्थ्यांचे स्वतंत्र परिशिष्ट द्यावे. प्रत्येक प्रकरणाची छाननी करून विभागीय अध्यक्षांच्या शिफारशीसह प्रस्ताव मा. अध्यक्ष, राज्य मंडळ, पुणे यांच्याकडे अंतिम निर्णयासाठी पाठविण्यात येतील. याबाबत राज्य मंडळाचा निर्णय अंतिम व बंधनकारक राहिल.

(३) आवेदनपत्र रद्द करणेबाबत:-

ज्या विद्यार्थ्यांची हजेरी दोन्ही सत्रात स्वतंत्रपणे ७५ टक्के भरत नाही व ज्या विद्यार्थ्यांची हजेरी ५० टक्के ते ७५ टक्केच्या दरम्यानची आहे अशा विद्यार्थ्यांची हजेरी क्षमापित करण्यासाठी आपणास शिफारस करावयाची नाही आणि त्यामुळे आवेदनपत्र रद्द करावयाचे आहे असे प्रस्ताव व ज्या विद्यार्थ्यांची हजेरी दोन्ही सत्रात स्वतंत्रपणे अगर एका सत्रात ५० टक्केपेक्षा कमी आहे अशा विद्यार्थ्यांचे प्रस्ताव आवेदनपत्र रद्द करण्यासाठी विहीत तक्त्यात एकत्रितरित्या आपल्या शिफारशीने ०५ फेब्रुवारी २०२३ पर्यंत प्राप्त होतील या बेताने सादर करावेत. हजेरी कमी या कारणाखेरीज अन्य कारणास्तव आवेदनपत्र रद्द केले जाणार नाहीत तसेच उपरोक्त बाबत फेर प्रस्ताव कोणत्याही परिस्थितीत स्विकारले जाणार नाहीत याची नोंद घ्यावी. आवश्यकतेनुसार मंडळाकडून मुळ अभिलेखाची मागणी करण्यात येईल त्यावेळी ते सादर करावेत.तसेच दिनांक ०५फेब्रुवारी, २०२३ नंतर सादर करण्यात येणाऱ्या प्रस्तावाला विद्यार्थ्याचे नैसर्गिक आपत्तीचे कारण वगळता इतर कारणासाठी प्रति विद्यार्थी प्रशासकीय शुल्क रु.५००/- आकारण्यात येतील याची नोंद घ्यावी.

(४) विशेष गरजा असलेले दिव्यांग विद्यार्थी (दृष्टिबाधित, अध्ययन अक्षम, कर्णबधिर, अस्थि विकलांग, बहुविकलांग, स्वमग्न इ.) यांना मिळणाऱ्या सवलतीबाबत:-

(शासन निर्णय क्र.संकीर्ण -2017/118/17/एस,डी.-6, मुंबई-32 दिनांक 16 ऑक्टाबर 2017 पहावे.)

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

मार्च २०२३ मध्ये होणाऱ्या माध्यमिक प्रमाणपत्र परीक्षेस दिव्यांग प्रवर्गातून प्रविष्ठ होणाऱ्या विद्यार्थ्यांना हव्या असलेल्या सवलती मागणीसह प्रस्ताव व मंडळाने निर्धारित केलेल्या नमुन्याप्रमाणे मुळ वैद्यकिय प्रमाणपत्रावर सोबत जोडलेल्या विहित नमुन्याप्रमाणे **जिल्हा शल्यचिकीत्सक (सिव्हील सर्जन)** यांच्या प्रतीस्वाक्षरीने प्रस्ताव सादर करावेत.

तरी सर्व शाळा प्रमुखांनी वरील महत्त्वाच्या सर्व मुद्यांची नोंद घेवून त्यांच्या शाळेतील विद्यार्थ्यांची गैरसोय होणार नाही, तसेच पालकांच्या तक्रारी येणार नाहीत, या दृष्टीने प्रयत्न करून उपरोक्तबाबतचे सर्व प्रस्ताव **दिनांक ०५ फेब्रुवारी, २०२३ पर्यंत** मंडळाकडे **पोहोचतील अशा बेताने पोस्टाने अथवा हस्तपोहोच पाठवावेत.**

(५) खेळाडू तसेच एन.सी.सी व स्काऊट गाईड विद्यार्थी गुण सवलतीबाबत:-

शैक्षणिक वर्ष सन १८-१९ पासून माध्यमिक शालांत प्रमाणपत्र परीक्षेस प्रविष्ठ होणाऱ्या खेळाडु विद्यार्थ्यांना व एन.सी.सी. व स्काऊट गाईड मधील विद्यार्थ्यांना सवलतीचे वाढीव गुण देण्याबाबत सुधारीत कार्यपध्दती शासन निर्णय शालेय शिक्षण व क्रिडा विभाग, उमाशि-२०१५/प्र.क्र.२६२/एस.डी.२ दि.२०/१२/२०१८ व शासन शुध्दिपत्र उमाशि-२०१५/प्र.क्र.२६२ एस.डी.२ दिनांक २५ जानेवारी १९ अन्वये निश्चित करण्यात आलेली आहे.

सन २०२२-२३ च्या परीक्षेसाठी १४ ते १६ वर्षाखालील गटात म्हणजेच इ.६ वी पासून ते इ.१० वी पर्यंत केंव्हाही जिल्हास्तर /विभागस्तर / राज्यस्तर/ राष्ट्रीयस्तर / आंतरराष्ट्रीय स्तरावर खेळलेल्या खेळाडू विद्यार्थ्यास इ.१० वी परीक्षेमध्ये वरील शासन शुध्दिपत्रातील सुधारीत परिशिष्ट ६ मध्ये नमूद केल्याप्रमाणे सवलतीचे गुण देण्यात येतील. क्रिडा प्रमाणपत्रावर विद्यार्थी कितव्या इयत्तेत असताना खेळला त्या इयत्तेचा उल्लेख असावा. तथापि इ.१० वी पूर्वी जरी विद्यार्थ्याने प्राविण्य मिळवले असले तरी सवलतीचे गुण मिळविण्याकरीता त्या विद्यार्थ्याने इ.१० वी मध्ये क्रिडा प्रकारामध्ये सहभागी होणे आवश्यकआहे.

खेळाडू विद्यार्थी हा कोणत्याही जिल्ह्यातून खेळला तरी खेळाडू विद्यार्थी ज्या ठिकाणी शिकत असेल त्या जिल्ह्याच्या क्रिडा अधिकारी यांनी त्यास प्रमाणित करावे.

इ.१० वी चे एन.सी.सी चे छात्र व तसेच स्काऊट व गाईड विद्यार्थ्यांसाठी विविध स्तरावरील शिबीरे व संचालनाचा कालावधी हा त्या त्या शैक्षणिक वर्षातील इ.१० वी च्या परीक्षेपूर्वीचा कालावधी ग्राह्य धरण्यात येईल.

इ.१० वी मध्ये शिकत असलेला खेळाडू विद्यार्थी हा एका पेक्षा अधिक खेळात/क्रिडा स्पर्धेत, एन.सी.सी. तसेच स्काऊट गाईड ची शिबीरे यात सहभागी झालेला असेल तर त्याला उच्चतम असणाऱ्या एकाच सहभाग/प्राविण्यचे सवलतीचे गुण अनुज्ञेय राहतील. खेळाडू विद्यार्थ्यांना क्रीडा सवलतीचे गुण ग्राह्य धरण्यासाठी विभागीय मंडळाकडे सादर केलेल्या प्रमाणपत्रावर जिल्हा क्रीडा अधिकारी यांची प्रतिस्वाक्षरी असणे आवश्यक आहे.

विद्यार्थ्याने ज्या खेळात सहभाग घेतला असेल त्या खेळाचे आयोजन करणाऱ्या संघटनेचे नाव क्रीडा संचालक, क्रीडा व युवक सेवा संचालनालय, महाराष्ट्र राज्य, पुणे यांच्या मान्यताप्राप्त यादीत असणे आवश्यक आहे.

विशेष गुण सवलतीचा लाभ फक्त नियमित विद्यार्थ्यांना लागू राहील.खाजगी/बहिस्थ विद्यार्थ्यांना सदरची सवलत अनुज्ञेय नाही, याची नोंद घ्यावी. कोणताही पात्र नियमित विद्यार्थी या सवलतीपासून वंचित राहणार नाही, याची दक्षता घ्यावी.

शासन निर्णय क्रमांक शालेय शिक्षण व क्रिडा विभाग -उमाशि-2015/प्र.क्र.262/एस.डी.-2 दिनांक 20 डिसेंबर 2018 अन्वये संबधित शाळा मुख्याध्यापक/प्राचार्य यांनी खेळाडूचे परिपूर्ण प्रस्ताव विहित नमुन्यात त्या शैक्षणिक वर्षात दिनांक 1 जानेवारी ते दिनांक 5 एप्रिल पर्यत जिल्हा क्रिडा अधिकारी यांचेकडे सादर करावेत, जे खेळाडू इ. 10 वी इयत्तापूर्वी खेळलेले असतील त्यांचे प्रस्ताव जानेवारीमध्येच जिल्हा क्रिडाधिकारी यांना सादर करावेत. संबंधित जिल्हा क्रीडा अधिकारी यांनी प्राप्त प्रस्तावाची छाननी करून शिफारशीसह मंडळाने निर्धारीत केलेल्या विहित नमून्यात ३० एप्रिल २०२३ पर्यत परिपूर्ण प्रस्ताव कार्यालयाकडे पोहोचतील या बेताने हस्तपोच पाठवावेत. तद्‌नंतर आलेल्या अर्जांचा विचार केला जाणार नाही याची नोंद घ्यावी.

त्याचबरोबर संबंधित शिक्षणाधिकरी (माध्यमिक) यांनी संबंधित शाळेचे मुख्याध्यापक/प्राचार्य यांच्या कडून प्राप्त झालेले विहित नमुन्यातील एन.सी.सी.व स्काऊट गाईड गुणांसाठीचे अर्ज, समादेशक अधिकारी/गटप्रमुख, राष्ट्रीय छात्रसेना व जिल्हा संघटन आयुक्त स्काऊट गाईड यांचेकडून प्राप्त झालेल्या अभिलेख्यानुसार छाननी करुन त्या शैक्षणिक वर्षातील ३० एप्रिल २०२३ पर्यंत संबंधित विभागीय मंडळ कार्यालयास शिफारशीसह सादर करावेत.

जिल्हास्तरावरील,विभागस्तरावरील, राज्यस्तरावरील स्पर्धांमध्ये केवळ प्राविण्य मिळविणाऱ्या खेळाडू विद्यार्थ्यांनाच गुणांची सवलत उपलब्ध राहील. मात्र राष्ट्रीय व आंतरराष्ट्रीय स्तरावर प्राविण्य प्राप्त करणाऱ्या तसेच सहभागी होणाऱ्या खेळाडू विद्यार्थ्यांना क्रिडा गुणाच्या सवलती देय राहतील.

माध्यमिक शाळाप्रमुखांनी यासंदर्भात प्रस्ताव सादर न केल्यामुळे, परिपूर्ण माहिती न कळविल्यामुळे आवश्यक त्या कागदपत्रांची / प्रमाणपत्रांची पूर्तता न केल्यामुळे जर एखादा पात्र विद्यार्थी या सवलतीपासून वंचित राहिल्यास त्याची सर्वस्वी जबाबदारी शाळा प्रमुखांवर राहील याची नोंद घ्यावी.

सदरच्या सर्व सूचना नोटीस बोर्डवर लावून त्या सर्व विद्यार्थ्यांच्या निदर्शनास आणाव्यात. वरील प्रमाणे कार्यवाही न झाल्यास आणि त्यामुळे विद्यार्थ्यांचे नुकसान झाल्यास त्याबाबतची संपूर्ण जबाबदारी शाळा प्रमुखांची राहिल याची गंभीरपणे नोंद घ्यावी. उपरोक्त बाबतचे सर्व विहित फॉर्म व माहिती, मंडळाचे संकेतस्थळ www.sscboardkolhapur.in वर उपलब्ध आहेत. ते पाहून त्याप्रमाणे उचित कार्यवाही करावी.

(डी.एस.पोवार)
विभागीय सचिव,
कोल्हापूर विभागीय मंडळ, कोल्हापूर

सोबत:- विहित नमुन्यातील सर्व फॉर्म (उदा. दिव्यांग विद्यार्थ्यांचे सर्व फॉर्म)
प्रत पुढील कार्यवाहीस्तव:-

१) सर्व मान्यता प्राप्त माध्यमिक शाळाप्रमुख, सातारा /सांगली / कोल्हापूर जिल्हा.
२) शिक्षणाधिकारी (माध्य), जिल्हा परिषद, सातारा / सांगली / कोल्हापूर
३) जिल्हा क्रिडाअधिकारी सातारा/ सांगली /कोल्हापूर

M22 super late jully 2021 kolhapu

FORM -I
MEDICAL CERTIFICATE FOR THE VISUALLY IMPAIRED CANDIDATE

Attested Photograph

Certified that, I Dr. --
Registration No. ---------------------- have this ---------------- day of ------------ year 20 ------,
examined the candidate whose particulars are given below :

1. Name of the Candidate
2. Sex :
3. Approximate Age :
4. Identification mark :
5. (a) Father's Name :
   (b) Mother's Name :
6. Extent of residual vision, if any : Right eye
   Left eye
7. On set of visual impairment (Please state whether visual impairment is from birth or acquired later. If it has been caused afterwards, the age and cause of visual impairment may be indicated)
   (For the purpose of concessions granted to visually impaired candidates, visually impaired are those who suffer from either of the following.)
   (a) Total absence of sight :
   (b) Visual acquity not exceeding 6/60 or 20/200 (Snellen) in the better eye with correcting lenses. :
   (c) Limitation of the field of vision substanding angle of 20 degrees or worse) :
8. Please mention the percentage of disability and state clearly whether the candidate is visually impaired who can be considered for the purpose of giving concessions, granted by the Board to Visually Impaired Candidate. :

Signature of Candidate
Place :
Date :

Signature of Opthalmologist
Designation :
Office Stamp :
Address :

Countersigned by Civil Surgeon and Date :
School Index No. / Jr. College Index No. :
Signature of Head Master/Principal and Stamp :

FORM -II
MEDICAL CERTIFICATE FOR THE HEARING IMPAIRED CANDIDATE

Attested Photograph

Certified that, I Dr. --

Registration No. --------------------- have this ---------------- day of ----------- year 20 -----, examined the candidate whose particulars are given below :

1. Name of the Candidate
2. Sex :
3. Approximate Age :
4. Identification mark :
5. (a) Father's Name :
   (b) Mother's name :
6. An estimate of the residual hearing, if any, and the basis on which this estimate has been arrived at - : (a) Right ear : (b) Left ear :
7. Onset of deafness (Please state whether deafness is 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 hearing impaired candidates, hearing impaired are those, in whom the sence 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 mention the percentage of disability and state clearly whether the candidate is hearing impaired for the purpose of giving concessions, granted by the Board to hearing impaired Candidates :
9. Please enclose audiogram chart :

Signature of Candidate
Place :
Date :

Signature of ENT Specialist
Designation :
Office Stamp :
Address :

Countersigned by Civil Surgeon and Date :

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

Signature of Head Master/Principal and Stamp :

FORM -III

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

For the purpose of concessions granted to orthopedically (physically) handicapped or spastic, the Orthopedically (Physically) Handicapped or Spastic are those who have physical defect or deformity which causes an interference with the normal functioning of bones, muscles and joints.

Certified that, I Dr. -- Registration No. --------------------- have this --------------------- day of ----------- year 20 ----------- examined the candidate whose particulars are given below and that he/she falls within the above definition :

1. Name of the Candidate :
2. Sex :
3. Approximate Age :
4. Identification mark :
5. (a) Father's Name :
   (b) Mother's Name :
6. A. Nature of disability :
   (Tick relevant from following List)
   POST-POLIO-PARALYSIS, HEMIPLEGIA, QUADRAPLEGIA, MALUNITIED, FRACTURE, NERVE PARALYSIS, UPPER EXTREMITY, LOWER EXTREMITY, LIMP, PAINFUL, SHORTENING, DEFORMITY, CONGENITAL, ACQUIRED, ABOVE KNEE, BELOW KNEE, HIP 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 mention the percentage of disability and state whether the candidate is Orthopaedically (Physically) Handicapped or Spastic who can be considered for the purpose of giving concessions granted by the Board to Physically Handicapped / Spastic candidate :

   C. Use of Applicant : (Tick relevant from following list) :
   Calliper, Crutch, Above Knee, Below Knee, Prosthesis, Cane, Unilateral, Bilateral, Above Elbow, Below Elbow, Hemipelvectomy, Shoulder, Dis-Articulation

D. Any operation done or indicated :

E. Photograph (Attested) to be pasted below to show the nature of disability and any appliance if used.

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

Post Card Size
(Full Body Photograph)

Signature of Candidate
Place :
Date :

Signature of Orthopaedic Surgeon
Designation :
Office Stamp :
Address :

Countersigned by Civil Surgeon and Date :
School Index No. / Jr. College Index No. :
Signature of Head Master/Principal and Stamp :

Attested Photograph

FORM -IV
MEDICAL CERTIFICATE FOR THE CANDIDATES HAVING LEARNING DISABILITY

Certified that, we, Dr. --------------------------------------Regd. No. -------------------and Dr./ Special educator ----------------------------------Regd. No./Licence No. ----------------- have, examined the candidate, whose particulars are given below, on the following dates independent of each other :

1. Name of the Candidate :
2. Sex :
3. Age in years and months :
4. a) Identification mark :
   b) Signature of the Candidate :
5. (a) Father's Name :
   (b) Mother's Name :
6. Nature and percentage 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 ☐

We further recommend the following concessions to be permitted for the same.

Dyslexia :
The permission to conduct the examination with the use of a writer who will read out the question paper and take a dictation of the answer and the permission to offer Two Languages (one mother tongue / medium of instructions and the other second language) instead of three languages. For third language option of Work Experience according to Scheme of Subjects for these candidates may be granted.

Dysgraphia :
The permission to use a writer for answering the paper and the permission to offer Two Languages (one mother tongue / medium of instructions and the other Second Language) instead of three languages. For third language option of Work Experience according to Scheme of Subjects for these candidates may be granted.

Dyscalculia
The permission to opt Arithmetic for Std. VII (75 marks) and Work Experience (75 Marks) instead of Mathematics (Algebra and Geometry). No concession regarding any other subjects.

Signature of the examining neurologist and date :
Signature of the examining Paediatrician / :
Special Educator and Date :
Countersigned by Civil Surgeon and Date :
Signature of Head Master/Principal and Stamp :
School Index No. / Jr. College Index No. :

FORM - V

Medical Certificate for the Austistic 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 :

Signature of Specialized Doctor

Designation

Office Stamp

Address :

Countersigned by Civil Surgeon and Date :

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

Signature of the Head Master / Principal and Stamp :

***