



महाराष्ट्र राज्य माध्यमिक व उच्च माध्यमिक शिक्षण मंडळ,  
कोल्हापूर विभागीय मंडळ, कोल्हापूर  
५३९, राजेंद्रनगर, कोल्हापूर-४१६ ००४.

Office Phone Chairman- (0231) 2690829(O)2690679 (R) Secretary -2691405 (O) 2656044 (R)  
EPBX 2696101,102,103,Fax -2690758 E-mail [divsec.kop@gmail.com](mailto:divsec.kop@gmail.com)

क्र.कोविमं/माध्य.परीक्षा/ 3147  
कोल्हापूर- ४१६ ००४  
दिनांक- १६/१०/२०२४

प्रति,  
मुख्याध्यापक,  
सर्व मान्यताप्राप्त शाळा,  
सातारा/ सांगली / कोल्हापूर.

विषय:- माध्यमिक शालांत प्रमाणपत्र (इ.१० वी) मार्च २०२५ परीक्षेस प्रविष्ट होणा-या दिव्यांग  
विद्यार्थ्यांचे सवलतीचे प्रस्ताव सादर करण्याबाबत.

संदर्भ:- शासन निर्णय क्र.संकिर्ण-२०१७/(११८/१७)/एस.डी.-६, दि.१६ ऑक्टोबर, २०१८

उपरोक्त संदर्भिय विषयास अनुसरून या विभागीय मंडळाच्या कार्यक्षेत्रातील सर्व मान्यताप्राप्त  
माध्यमिक शाळांच्या मुख्याध्यापकांना कळविण्यात येते की, माध्यमिक शालांत प्रमाणपत्र (इ.१० वी) मार्च  
२०२५ परीक्षेस आपल्या माध्यमिक शाळेतून प्रविष्ट होणा-या दिव्यांग विद्यार्थ्यांचे सवलत  
मिळण्याबाबतचे प्रस्ताव मंडळाच्या निर्धारित प्रपत्रासह त्यांचे वैद्यकीय प्रमाणपत्र सादर करणे आवश्यक  
आहे. सदर प्रस्ताव या कार्यालयास सादर करताना खालील बाबींची पूर्तता करणे आवश्यक आहे.

- मुख्याध्यापकांचे दिव्यांग सवलत मिळण्याबाबत स्पष्ट शिफारस पत्र आवश्यक आहे.सदर  
शिफारस पत्रामध्ये दिव्यांग विद्यार्थ्यांना कोणत्या प्रकारची सवलत हवी आहे याचा स्पष्टपणे  
उल्लेख असणे आवश्यक आहे.
- दिव्यांग विद्यार्थ्यांस महाराष्ट्र शासनाने दिलेले अधिकृत प्रमाणपत्राची प्रमाणित छायाप्रत  
जोडण्यात यावी.
- मंडळाच्या विहित दिव्यांग फॉर्म/प्रपत्रावर जिल्हा शल्यचिकित्सक यांचा शिक्का व स्वाक्षरी  
आहे.(मंडळाचे विहित दिव्यांग फॉर्म/ प्रपत्र या पत्रासोबत जोडलेले आहे)
- जर एखाद्या विद्यार्थ्याकडे स्वावलंबन प्रमाणपत्र (Unique Disability ID Card) असेल तर  
अशा दिव्यांग विद्यार्थ्याकरिता जिल्हा शल्यचिकित्सक यांची प्रतिस्वाक्षरी असलेले विहित  
नमुन्यातील फॉर्म/प्रपत्राची आवश्यकता नाही
- सदर विद्यार्थ्यांचा दिव्यांग भागासह काढलेला अद्ययावत फोटो प्रमाणपत्रावर लावून त्यावर जिल्हा  
शल्यचिकित्सक यांचा शिक्का घेण्यात यावा.

६. ज्या विद्यार्थ्यांनी मंडळाच्या विहित नमुन्यामध्ये वैद्यकीय प्रमाणपत्र सादर केली असतील अशा दिव्यांग विद्यार्थ्यांचा ऑनलाईन आवेदनपत्र भरताना दिव्यांग कोड न चुकता भरण्यात यावा अथवा तशी दुरुस्ती प्रि-लिस्टमध्ये दर्शविण्यात यावी. (दिव्यांग प्रकारनिहाय कोडची यादी सोबत जोडली आहे)
७. इ.१० वी मार्च २०२५ परीक्षेसाठी दिव्यांग विद्यार्थ्यांनी घेतलेले विषय व माध्यम याबाबतचा तपशील जोडणे आवश्यक आहे. (विषय योजना तपशील जोडणे आवश्यक आहे)
८. दिव्यांग विद्यार्थ्यांस लेखनिकाची आवश्यकता असल्यास लेखनिक हा त्या शाळेतील इ.९ वी मध्ये शिकत असलेला विद्यार्थी/विद्यार्थिनी असावा. सदर प्रस्तावासोबत मुख्याध्यापकाचा लेखनिक मिळण्याबाबत स्पष्ट उल्लेख असावा, दिव्यांग विद्यार्थी व त्याच्या पालकाचा लेखनिक मिळण्याबाबत विनंती अर्ज, संबंधित लेखनिक विद्यार्थ्यांचा फोटो लावलेले बोनाफाईड प्रमाणपत्र, लेखनिक व त्यांच्या पालकांचे संमतीपत्र सादर करावे. जर एखाद्या विद्यार्थ्यांने अंकगणित (७६) हा विषय घेतलेला असल्यास फक्त त्या विषयाकरिता इ.६ वी मधील लेखनिक घेणे आवश्यक आहे, याची दक्षता संबंधित मुख्याध्यापकांनी घ्यावी.
९. उपरोक्तप्रमाणे सदर कागदपत्राची पूर्तता करून, संबंधित विद्यार्थ्यांस आवश्यक सवलतीचा स्पष्ट उल्लेख शाळेच्या शिफारस पत्रामध्ये करून सदर प्रस्ताव या कार्यालयाकडे दि. ११/११/२०२४ पर्यंत सादर करावे. सदर दिव्यांग सवलत मिळण्याबाबत प्रस्ताव संबंधित माध्यमिक शाळेने या कार्यालयास सादर न केल्यामुळे विद्यार्थ्यांच्या होणा-या संभाव्य शैक्षणिक नुकसानीस संबंधित माध्यमिक शाळेचे मुख्याध्यापक जबाबदार राहतील, याची नोंद घ्यावी.
१०. परीक्षेच्या ऐनवेळी दुखापत /अपघात झालेल्या विद्यार्थ्यांस लेखनिक सवलत हवी असल्यास त्याने नजिकच्या शासकीय रुग्णालयाचे प्रमाणपत्र सादर करणे बंधनकारक आहे. त्याशिवाय लेखनिकाची सवलत दिली जाणार नाही. याची नोंद घ्यावी. (उदा. बोट/हात /पाय फॅक्चर होणे)



(सुभाष रा. चौगुले)  
विभागीय सचिव

कोल्हापूर विभागीय मंडळ, कोल्हापूर

- सोबत:- १) मंडळाचे विहित दिव्यांग फॉर्म/ प्रपत्र  
२) दिव्यांग प्रकारनिहाय कोडची यादी

NEW DISABILITY CODE AND THEIR DESCRIPTION

CODE	DISCRPTION	IN MARATHI
0	NO HANDICAP	दिव्यांग नाही
1	BLINDNESS/ PARTAIL BLIND	अंशतः अंध / पूर्णतः अंध
2	LEPROSY CURED PERSONS	कुष्ठरोगातून बरे झालेले
3	HEARING IMPAIRMENT - DEAF AND DUMB	कर्णबाधित विद्यार्थ्यांसाठी
4	LOCOMOTOR DISABILITY INCLUDING OTHOPEDIC DISABILITY	अस्थिव्यंग
5	DWARFISM	शारीरिक वाढ खुंटणे
6	INTELLECTUAL DISABILITY - MENTALLY CHALLENGED	बौद्धिक अक्षम (मतिमंद)
7	MULITPLE DISABILITIES	बहुविकलांग
8	MENTAL ILLNESS	मानसिक आजार
9	AUTISM SPECTRUM DISORDER	ऑटिस्टिक (स्वमग्न)
10	CEREBRAL PALSY	सेरेब्रल पाल्सी
11	MUSCULAR DYSTOPHY	स्नायुंची विकृती
12	CHORONIC NEUROLOGICAL CONDITIONS	मज्जासंस्थेचे तीव्र आजार
13	SPECIFIC LEARNING DISABILITIES	अध्ययन अक्षम
14	SLOW LEARNERS / INTELLECTUAL DISABILITY BORDER LINE	गतिमंद
15	MULITPLE SCLEROSIS	मल्टीपल स्क्लेरोसिस
16	SPEECH AND LANGUAGE DISABILITY	वाचा व भाषा अक्षमत्व
17	THALASSEMIA / CANCER	थॅलॅसेमिया
18	HEMOPHILIA	हिमोफिलिया
19	SICKLE CELL DISEASE	सिकल सेल
20	ACID ATTACK VICTIM	असिड अ‍ॅटॅक व्हिक्टिम
21	PARKINSON'S DISEASE	पार्किन्सन्स
22	OTHER DISABILITIES	इतर आजार

दिव्यांग विद्यार्थ्यांचा अर्ज

64

प्रति,

मुख्याध्यापक,

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

दिव्यांग  
विद्यार्थ्यांचा  
फोटो

विषय :- माध्यमिक शालांत प्रमाणपत्र (इ.१०वी) मार्च २०२५ परीक्षेकरिता लेखनिक मिळणेबाबत...

वरील विषयास अनुसरून विनंती अर्ज करितो की, मी \_\_\_\_\_

इयत्ता \_\_\_\_\_ मध्ये आपल्या माध्यमिक शाळेमध्ये शिक्षण घेत आहे. मी दिव्यांग असल्यामुळे मला माध्यमिक शालांत प्रमाणपत्र (इ.१०वी) मार्च २०२५ परीक्षेसाठी लेखनिकाची आवश्यकता आहे.

लेखनिक विद्यार्थी / विद्यार्थीनीचे नाव \_\_\_\_\_

इयत्ता \_\_\_\_\_ तुकडी \_\_\_\_\_ मध्ये \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ या माध्यमिक शाळामध्ये शिक्षण घेत असून सदर विद्यार्थी / विद्यार्थीनी मला लेखनिक म्हणून घेण्यास परवानगी मिळावी, ही विनंती.

आपला/ आपली विश्वासु,

दिनांक - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ठिकाण - \_\_\_\_\_

विद्यार्थ्यांची / विद्यार्थीनींची स्वाक्षरी

मुख्याध्यापकाचे शिफारस पत्र

प्रमाणित करण्यात येते की, सदर विद्यार्थी / विद्यार्थीनी नाव \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ या माध्यमिक शाळेतील असून सन \_\_\_\_\_ या शैक्षणिक वर्षात इयत्ता \_\_\_\_\_

तुकडी \_\_\_\_\_ या वर्गात शिक्षण घेत असून त्यास वरील लेखनिक नाव \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ घेण्याबाबत शिफारस करण्यात येत आहे.

दिनांक - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ठिकाण - \_\_\_\_\_

मुख्याध्यापकांची स्वाक्षरी व शाळेचा शिक्का

लेखनिक  
विद्यार्थ्यांचा  
फोटो

### लेखनिक विद्यार्थ्यांचे संमतीपत्र

मी लेखनिक नाव कुमार / कुमारी \_\_\_\_\_  
शाळेचे नाव \_\_\_\_\_  
या माध्यमिक शाळेचा विद्यार्थी असून सन \_\_\_\_\_ या शैक्षणिक  
वर्षात इयत्ता \_\_\_\_\_ तुकडी \_\_\_\_\_ या वर्षात शिकत आहे.  
मी परिक्षार्थी नाव \_\_\_\_\_  
इयत्ता \_\_\_\_\_ तुकडी \_\_\_\_\_ या वर्गात शिकत असलेल्या दिव्यांग विद्यार्थ्यांस / विद्यार्थिनीस  
माध्यमिक शालांत (इ.१०वी) मार्च २०२५ परीक्षेकरिता लेखनिक म्हणून काम करण्याची संमती आहे. असे लिहून देतो.  
दिनांक - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
ठिकाण - \_\_\_\_\_ लेखनिक विद्यार्थी / विद्यार्थिनीची स्वाक्षरी

### लेखनिकाच्या पालकांचे संमतीपत्र

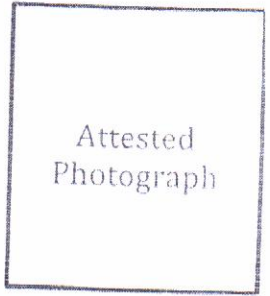
मी श्री./श्रीमती/ \_\_\_\_\_ माझा पाल्य कुमार  
/ कुमारी \_\_\_\_\_ या माध्यमिक शाळेमध्ये  
शिक्षण घेत आहे.  
या  
माध्यमिक शाळेतील कुमार / कुमारी \_\_\_\_\_ इयत्ता  
\_\_\_\_\_ तुकडी \_\_\_\_\_ या वर्गात शिकत असलेल्या दिव्यांग विद्यार्थ्यांस / विद्यार्थिनीस माध्यमिक शालांत  
(इ.१०वी) मार्च २०२५ परीक्षेकरिता माझ्या पाल्यास लेखनिक म्हणून देण्यास मी संमती देत आहे.  
दिनांक - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
ठिकाण - \_\_\_\_\_ लेखनिकाच्या पालकांची स्वाक्षरी

### मुख्याध्यापकाचे शिफारस पत्र

प्रमाणित करण्यात येते की, सदर लेखनिक विद्यार्थी / विद्यार्थिनी नाव \_\_\_\_\_  
हा / ही \_\_\_\_\_  
या माध्यमिक शाळेतील विद्यार्थी / विद्यार्थिनी असून सन \_\_\_\_\_  
या शैक्षणिक वर्षात इयत्ता \_\_\_\_\_ तुकडी \_\_\_\_\_ या वर्गात शिकत आहे.  
वर नमुद केल्याप्रमाणे माझ्या माध्यमिक शाळेतील विद्यार्थी / विद्यार्थिनी नाव \_\_\_\_\_  
यास / हीस लेखनिक म्हणून देण्यात माझी संमती / शिफारस आहे.  
दिनांक - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
ठिकाण - \_\_\_\_\_ मुख्याध्यापकांची स्वाक्षरी  
व शाळेचा शिक्का

FORM - I

Medical Certificate for Visually Impaired (Blind)  
Candidate



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

Registration No. \_\_\_\_\_ Dated \_\_\_\_\_ have, examined the Candidate whose Particulars are given below:

- 1. Name of Candidate : \_\_\_\_\_
- 2. Sex : \_\_\_\_\_
- 3. Age/Approximate Age : \_\_\_\_\_
- 4. Identification mark : \_\_\_\_\_
- 5. Father's Name : \_\_\_\_\_
- 6. Mother's Name : \_\_\_\_\_
- 7. Extent of residual vision, if any
 

Right eye
Left eye

8. On set of blindness {Please state whether blindness is from birth or acquired. Indicate the age and cause of blindness.  
[For the Purpose of concessions granted to blind candidates, blind 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 angle of 20 degrees-or worse

9. Please state clearly whether the candidate is blind and eligible to get concessions, granted by the M.S.B.S. Board

Signature of Applicant

Place : \_\_\_\_\_

Date :        /        / 202

School / Jr. College Stamp & Signature of Head Master/Principal:

Index No. \_\_\_\_\_

[Signature of Ophthalmologist]

Designation: \_\_\_\_\_

Office Stamp:

Address: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## FORM - II

### Medical Certificate For Hearing Impaired (Deaf)

54  
Attested  
Photograph

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

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

have examined the candidate on \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ 20

1. Name of Candidate :- \_\_\_\_\_
2. Sex :- \_\_\_\_\_
3. Age/Approximate Age :- \_\_\_\_\_
4. Identification Mark :- \_\_\_\_\_
5. Father's Name :- \_\_\_\_\_
6. Mother's Name :- \_\_\_\_\_

7. 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 :- \_\_\_\_\_

8. Onset of deafness [Please state whether : deafness is from birth or acquired, Cause of deafness may be indicated]

[For the purpose of concessions granted to deaf candidate, deaf are those in whom the sense of hearing is non-functional for the ordinary purposes of life. Generally loss of hearing in better ear should be 60 decibels or above at. 500,1000,2000 frequencies which will make residual hearing non-functional]

9. Please state clearly whether the candidate is hearing impaired and eligible to get concession granted by the S.S.C./H.S.C. Board.

10. Please enclose audiogram chart

Signature of Applicant

Place : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature of Head Master /Principal:

& Stamp:

Index No. \_\_\_\_\_

[Signature of ENT specialist]

Designation: \_\_\_\_\_

Office Stamp:

Address: \_\_\_\_\_

## FORM - III

### Medical Certificate In Respect Of An Orthopaedically/ Physically Handicapped And Spastic Candidate

K2  
Attested  
Photograph

For the purpose of concessions granted to Orthopaedically/physically handicapped or spastic, are those who have physical impairment or deformity which causes an interference with the normal functioning of bones, muscles and joints.

Certified that I, Dr. \_\_\_\_\_ Registration No. \_\_\_\_\_ 20 have, examined the candidate \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_ day \_\_\_\_\_ 20 whose particulars are given below and that he/she falls within the above definition.

1	Name of candidate	
2	Identification Mark	
3	Sex	
4	Age / Approximate Age	
5	Father's Name	
6	Mother's Name	
7	<p>a) Nature of disability {Tick relevant from following List }</p> <p>POST - POLIO-PARALYSIS, HEMIPLEGIA, QUADRAPLEGIA, MONOPLÉGIA 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 TORE; QUARTER, UNILATERAL, BILATERAL</p> <p>b) Extent of disability Estimate in percentage [mc.Bridge Scale] ON ANATOMICAL FUNCTIONAL, [PATIENT'S ASSESSMENT EXAMINER'S ASSESSMENT] Percentage [Please state whether the percentage of disability is 40 or above ]</p> <p>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-DISARTICULATION</p>	



50

8.	d) Any operation done of indicated e) Photograph [Attested] To show the nature of disability and any appliance if used Any other particulars to clarify that nature and extent of disability that the surgeon might like to point out.	
----	---	--

Please state clearly whether the candidate is Orthopaedically / Physically handicapped/ spastic and eligible to get concessions granted by the S.S.C./H.S.C. Board.

Signature of Applicant

Place : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature of orthopaedic Surgeon

Designation: \_\_\_\_\_

Office Stamp:

School Stamp and signature of Head Master /Principal:

Index No. \_\_\_\_\_

FORM - IV

Medical Certificate For Candidate Having Learning Disability

48  
Attested Photograph

We certify that Dr/Neurologist \_\_\_\_\_

Regd No \_\_\_\_\_ and psychologist \_\_\_\_\_

Regd No/Licence No \_\_\_\_\_ have examined the candidate whose particular's are given below on the following dates independent of each other

1. Name of Candidate :- \_\_\_\_\_
2. Sex :- \_\_\_\_\_
3. Age/Approximate Age :- \_\_\_\_\_
4. Identification Mark :- \_\_\_\_\_
5. Father's Name :- \_\_\_\_\_
6. Mother's Name :- \_\_\_\_\_
7. 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 [ ✓ ] [tick mark]

- [a] DYSLEXIA :
- [b] DYSGRAPHIA :
- [c] DYSCALCULIA :

Signature of the examining (neurologist) and Date: \_\_\_\_\_

Signature of the examining paediatrician/

Special educator and Date: \_\_\_\_\_

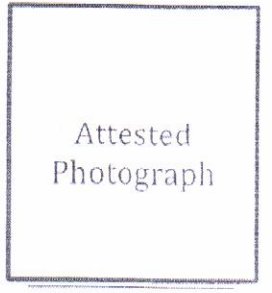
Countersigned by Civil Surgeon and Date \_\_\_\_\_

Signature with Date & Stamp  
(Civil Surgeon/Neurologist/Psychologist)

टिप : अध्ययन अक्षमता (LD.) असणाऱ्या विद्यार्थ्यांच्या वैद्यकीय प्रमाणपत्रावर न्युरोलॉजिस्ट, विशेष शिक्षक / मुख्याध्यापक / प्राचार्य आणि सिव्हिल सर्जन यांच्या सह्या असणे आवश्यक आहे.

46

## Medical Certificate for Autistic Candidate



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

Registration No. \_\_\_\_\_ Dated \_\_\_\_\_ have, examined the candidate whose particulars are given below:

1. Name of Candidate :- \_\_\_\_\_
2. Sex :- \_\_\_\_\_
3. Age/Approximate Age :- \_\_\_\_\_
4. Identification Mark :- \_\_\_\_\_
5. Father's Name :- \_\_\_\_\_
6. Mother's Name :- \_\_\_\_\_
7. Extent of autism :- \_\_\_\_\_
8. Please state clearly whether the candidate is autistic and eligible to get concession granted by the H.S.C. /S.S.C. Board.

Signature of (Specialized Doctor)

Designation: \_\_\_\_\_

Office Stamp:

Address: \_\_\_\_\_

टिप : ऑटीझम या अपंगत्वासाठी आवश्यक असलेले वैद्यकीय प्रमाणपत्र मुंबई येथील नायर हॉस्पिटल, सायन हॉस्पिटल, पुणे येथील ससून हॉस्पिटल, शक्य नसल्यास जिल्हा शल्य चिकित्सालयाचे प्रमाणपत्र आवश्यक आहे.