Maharashtra State Board of Secondary & Higher Secondary Education, Kolhapur Divisional Board Kolhapur - 416004	महाराष्ट्र राज्य माध्यमिक व उच्च माध्यमिक शिक्षण मंडळ, कोल्हापूर विभागीय मंडळ, कोल्हापूर - 416 004

Ph No. 0231-2696101/2/3 WebSite : www.sscboardkolhapur.in Email: divsec.kop@gmail.com

क्र.कोविमं/माध्य.परीक्षा/ 3739

दिनांक:- 17/10/2025

प्रति,

मुख्याध्यापक/प्राचार्य,
सर्व मान्यताप्राप्त उच्च माध्यमिक शाळा/क.महाविद्यालय
सातारा / सांगली / कोल्हापूर.

विषय:- उच्च माध्यमिक प्रमाणपत्र (इ.12 वी)फेब्रु/मार्च 2026 परीक्षेस प्रविष्ठ होणाऱ्या दिव्यांग विद्यार्थ्यांना सवलत मिळणेबाबतचे प्रस्ताव सादर करण्याबाबत.

संदर्भ:- शासन निर्णय क्र.संकिर्ण-2017/(118/17)/एस.डी.-6, दि.16 ऑक्टोबर, 2018

उपरोक्त संदर्भिय विषयास अनुसरुन या विभागीय मंडळाच्या कार्यकक्षेतील सर्व मान्यताप्राप्त उच्च माध्यमिक शाळा/महाविदयालय कळविण्यात येते की, उच्च माध्यमिक प्रमाणपत्र फेब्रु/मार्च 2026 परीक्षेस आपल्या कनिष्ठ महाविद्यालयातून प्रविष्ट होणाऱ्या दिव्यांग विद्यार्थ्यांना सवलत मिळण्याबाबतचे प्रस्ताव मंडळाच्या निर्धारित प्रपत्रासह व त्यांच्या वैद्यकीय प्रमाणपत्रसह सादर करणे आवश्यक असून सदर प्रस्ताव या कार्यालयास सादर करताना खालील बाबींची पूर्तता करणे आवश्यक आहे.

1. दिव्यांग विद्यार्थ्यांना सवलत मिळण्याबाबत मुख्याध्यापकांचे/प्राचार्य यांचे स्पष्ट शिफारस पत्र व शिफारस पत्रामध्ये दिव्यांग विद्यार्थ्यांना कोणत्या प्रकारची सवलत हवी आहे याचा स्पष्टपणे उल्लेख असणे आवश्यक आहे.
2. दिव्यांग विद्यार्थ्यांस महाराष्ट्र शासनाने दिलेले अधिकृत प्रमाणपत्राची प्रमाणित छायाप्रत जोडण्यात यावी.
3. मंडळाच्या विहित दिव्यांग फॉर्म / प्रपत्रावर जिल्हा शल्यचिकित्सक यांचा शिक्का व स्वाक्षरी आवश्यक आहे. (मंडळाचे विहित दिव्यांग फॉर्म / प्रपत्रे www.sscboardkolhapur.in या संकेतस्तळावर माहितीसाठी देण्यात आले आहे.)
4. सदर विद्यार्थ्यांचा दिव्यांग भागासह काढलेला अद्ययावत फोटो प्रमाणपत्रावर लावून त्यावर जिल्हा शल्यचिकित्सक यांचा शिक्का घेण्यात यावा.
5. 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.
6. 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)

7. इ.12 वी फेब्रु/मार्च 2026 परीक्षेसाठी दिव्यांग विद्यार्थ्यांनी घेतलेले विषय व माध्यम याबाबतचा तपशील जोडणे आवश्यक आहे. (विषय योजना तपशील जोडणे आवश्यक आहे)
8. दिव्यांग विद्यार्थ्यास लेखनिकाची आवश्यकता असल्यास लेखनिक हा त्याच कॉलेजमधील इ.11वी मध्ये शिकत असलेला विद्यार्थी / विद्यार्थीनी असावा. सदर प्रस्तावासोबत प्राचार्यांचा लेखनिक मिळण्याबाबत स्पष्ट उल्लेख असावा, दिव्यांग विद्यार्थी व त्याच्या पालकाचा लेखनिक मिळण्याबाबत विनंती अर्ज, संबंधित लेखनिक विद्यार्थ्याचा फोटो लावलेले बोनाफाईड प्रमाणपत्र, लेखनिक व त्यांच्या पालकांचे संमतीपत्र सादर करावे.
9. उपरोक्तप्रमाणे सदर कागदपत्राची पूर्तता करुन, संबंधित विद्यार्थ्यास आवश्यक सवलतीचा स्पष्ट उल्लेख महाविद्यालयाच्या शिफारस पत्रामध्ये करुन सदरचे प्रस्ताव या कार्यालयाकडे दि. 17.11.2025 पर्यंत सादर करावेत. सदर दिव्यांग सवलत मिळण्याबाबत प्रस्ताव संबंधित कनिष्ठ महाविद्यालयाकडून या कार्यालयास सादर न केल्यामुळे विद्यार्थ्याच्या होणाऱ्या संभाव्य शैक्षणिक नुकसानीस संबधित कनिष्ठ महाविद्यालयाचे प्राचार्य जबाबदार राहतील, याची नोंद घ्यावी.
10. इ.12 वी फेब्रु/मार्च 2026 परीक्षेसाठी भरलेल्या दिव्यांग विद्यार्थ्यांच्या आवेदनपत्राची छायांकित प्रत सोबत जोडणे आवश्यक आहे.
11. परीक्षेच्या ऐनवेळी दुखापत /अपघात झालेल्या विद्यार्थ्यास 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)
12. इ.12वी फेब्रु/मार्च 2026 परीक्षेसाठी अल्पदृष्टी दिव्यांग विद्यार्थ्यांना मोठया अक्षरातील प्रश्नप्रत्रिका आवश्यक असलेस तसे मंडळास तातडीने क. महाविद्यालयाच्या शिफारसीने त्वरीत कळविण्यात यावे.

Digitally signed by
Subhash Rajaram Chougule
Date: 29-10-2025 17:35:36

(सुभाष रा.चौगुले)
विभागीय सचिव
कोल्हापूर विभागीय मंडळ,कोल्हापूर

सोबत:- 1) मंडळाचे विहित दिव्यांग फॉर्म / प्रपत्र
2) दिव्यांग प्रकारनिहाय कोडची यादी

DISABILITY CODE AND THEIR DESCRIPTION

CODE	DISCRIPTION	
00	No Handicapped	दिव्यांग नाही
01	Blindness/Partial Blind	अंशत: अंध / पूर्णत: अंध
02	Leprosy Cured Persons	कुष्ठरोगातून बरे झालेले
03	Hearing Impairment - Deaf And Dumb	कर्णबधिर विद्यार्थ्यांसाठी
04	Locomotor Disability Including Orthoprdic Disability	अस्थिव्यंग
05	Dwarfism	शारिरीक वाढ खुंटणे
06	Intellectual Disability - Mentally Challenged	बौध्दीक अक्षम (मतिमंद)
07	Multiple Disabilites	बहुविकलांग
08	Mental Illness	मानसिक आजार
09	Autism Spectrum Disorder	ऑटिस्टिक (स्वमग्न)
10	Cerebral Palsy	सेरेबल पाल्सी
11	Muscular Dystrophy	स्नायुंची विकृती
12	Chronic Neurological Conditions	मज्जासंस्थेचे तीव्र आजार
13	Specific Learning Disabilites	अध्ययन अक्षम
14	Slow Learners/Intellectual Disability Border Line	गतिमंद
15	Multiple Sclerosis	मल्टीपल स्क्लेरॉसिस
16	Speech And Language Disability	वाचा व भाषा अक्षमत्व
17	Thalassemia/Cancer	थॅलस्सेमिया
18	Hemophilia	हिमोलिफिया
19	Sickle Cell Disease	सिकल सेल
20	Acid Attack Victim	ॲसिड ॲटॅक व्हिक्टिम
21	Parkinson's Disease	पार्किनसन्स
22	Other Disabilities	इतर आजार

जादा वेळ सवलतीसाठी दिव्यांग विद्यार्थ्याचा अर्ज

दिव्यांग विद्यार्थ्यांचा फोटो

प्रती,
प्राचार्य,
....
....
....

विषय :- उच्च माध्यमिक प्रमाणपत्र परीक्षा फेब्रु-मार्च २०२५ परीक्षेकरिता जादा वेळ सवलत मिळणेबाबत

वरील विषयास अनुसरून विनंती अर्ज करतो/करते की, मी .... इ.१२वी मध्ये आपल्या कनिष्ठ महाविद्यालयामध्ये शिक्षण घेत आहे. मी दिव्यांग असल्यामुळे मला उच्च माध्यमिक प्रमाणपत्र परीक्षा फेब्रु-मार्च २०२५ परीक्षेकरिता जादा वेळ सवलतीची आवश्यकता आहे. तरी, मला जादा वेळ सवलत मिळणेबाबत प्रस्ताव महाराष्ट्र राज्य माध्यमिक व उच्च माध्यमिक शिक्षण मंडळ कार्यालयास पाठविण्यात यावा ही विनंती.

आपला / आपली विश्वासू,

दिनांक : / /
ठिकाण :

विद्यार्थ्यांची / विद्यार्थीनींची स्वाक्षरी

प्राचार्यांचे शिफारसपत्र

प्रमाणित करण्यात येते की, आमच्या कनिष्ठ महाविद्यालयात इ.१२ वी मध्ये शिकत असलेला/ असलेली विद्यार्थी / विद्यार्थीनी (नाव) .... दिव्यांग आहे. दिव्यांग प्रकार - .... दिव्यांग कोड - .... सदर विद्यार्थी / विद्यार्थीनी ने उच्च माध्यमिक प्रमाणपत्र परीक्षा फेब्रु-मार्च २०२५ परीक्षेकरिता जादा वेळ सवलत मिळणेबाबत अर्ज केलेला आहे. तरी, सदर विद्यार्थ्यास / विद्यार्थीनीस जादा वेळेची सवलत घेणेबाबत शिफारस करण्यात येत आहे.

दिनांक : / /
ठिकाण :

प्राचार्यांची स्वाक्षरी व शिक्का

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 -IV
MEDICAL CERTIFICATE FOR THE CANDIDATES HAVING LEARNING DISABILITY

Attested Photograph

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. :

लेखनिक व जादा वेळ सवलतीसाठी दिव्यांग विद्यार्थ्याचा अर्ज

दिव्यांग विद्यार्थ्यांचा फोटो

प्रती,
प्राचार्य,
....
....
....

विषय :- उच्च माध्यमिक प्रमाणपत्र परीक्षा फेब्रु-मार्च २०२५ परीक्षेकरिता लेखनिक व जादा वेळ सवलत मिळणेबाबत

वरील विषयास अनुसरुन विनंती अर्ज करतो/करते की, मी .... इ.१२वी मध्ये आपल्या कनिष्ट महाविद्यालयामध्ये शिक्षण घेत आहे. मी दिव्यांग असल्यामुळे मला उच्च माध्यमिक प्रमाणपत्र परीक्षा फेब्रु-मार्च २०२५ परीक्षेकरिता लेखनिक व जादा वेळ सवलतीची आवश्यकता आहे.

आपल्या कनिष्ट महाविद्यालामध्ये इ.११ वी मध्ये शिकत असलेल्या (लेखनिकाचे नाव) .... विद्यार्थ्यास / विद्यार्थिनीस मला लेखनिक म्हणून घेण्यास परवानगी मिळावी आणि मला लेखनिक व जादा वेळ सवलत मिळणेबाबत प्रस्ताव महाराष्ट्र राज्य माध्यमिक व उच्च माध्यमिक शिक्षण मंडळ कार्यालयास पाठविण्यात यावा ही विनंती.

आपला / आपली विश्वासू,

दिनांक : / /
ठिकाण :

विद्यार्थ्यांची / विद्यार्थीनींची स्वाक्षरी

लेखनिक विद्यार्थ्याचे संमतीपत्र

लेखनिक विद्यार्थ्यांचा फोटो

मी (लेखनिक नाव) .... कनिष्ठ महाविद्यालयाचे नाव .... येथे शैक्षणिक वर्ष २०२४-२५ मध्ये इ.११वी चे शिक्षण घेत आहे. इ.१२ वी मध्ये शिकत असलेल्या परीक्षार्थी नाव .... दिव्यांग असल्यामुळे सदर विद्यार्थ्यास/ विद्यार्थीनीस उच्च माध्यमिक प्रमाणपत्र परीक्षा फेब्रु-मार्च २०२५ परीक्षेकरिता लेखनिक म्हणून काम करण्यास संमती आहे, असे लिहून देतो / देते.

आपला / आपली विश्वासू,

दिनांक : / /
ठिकाण :

लेखनिक विद्यार्थ्यांची / विद्यार्थीनींची स्वाक्षरी

लेखनिकाच्या पालकांचे संमतीपत्र

मी श्री./श्रीमती .... माझा/माझी पाल्य .... (लेखनिक नाव) .... या कनिष्ठ महाविद्यालयात शैक्षणिक वर्ष २०२४-२५ मध्ये इ.११वी चे शिक्षण घेत आहे. इ.१२ वी मध्ये शिकत असलेल्या परीक्षार्थी नाव .... दिव्यांग असल्यामुळे सदर विद्यार्थ्यास/ विद्यार्थीनीस उच्च माध्यमिक प्रमाणपत्र परीक्षा फेब्रु-मार्च २०२५ परीक्षेकरिता माझ्या पाल्यास लेखनिक म्हणून देण्यास मी संमती देत आहे.

आपला / आपली विश्वासू,

दिनांक : / /
ठिकाण :

लेखनिक विद्यार्थ्यांची / विद्यार्थीनींची स्वाक्षरी

प्राचार्यांचे शिफारसपत्र

प्रमाणित करण्यात येते की, आमच्या कनिष्ठ महाविद्यालयात इ.१२ वी मध्ये शिकत असलेला/ असलेली विद्यार्थी / विद्यार्थीनी (नाव) .... दिव्यांग आहे. दिव्यांग प्रकार - .... दिव्यांग कोड - .... सदर विद्यार्थी / विद्यार्थीनी ने उच्च माध्यमिक प्रमाणपत्र परीक्षा फेब्रु-मार्च २०२५ परीक्षेकरिता लेखनिक व जादा वेळ सवलत मिळणेबाबत अर्ज केलेला आहे. तरी, सदर विद्यार्थ्यास/ विद्यार्थीनीस जादा वेळेची सवलत घेणेबाबत आणि या कनिष्ठ महाविद्यालयात शैक्षणिक वर्ष २०२४-२५ मध्ये इ.११वी चे शिक्षण घेत असलेल्या .... या विद्यार्थ्यास/ विद्यार्थीनीस लेखनिक म्हणून देण्यात माझी संमती/ शिफारस आहे.

दिनांक : / /
ठिकाण :

प्राचार्यांची स्वाक्षरी व शिक्का

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 -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, MALUNITTED, 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 :

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 :

***