



क्रम सं/ Sl. No.

आई.ए.एस.एस.टी खेल परिसर सदस्यता प्रपत्र

IASST SPORTS COMPLEX MEMBERSHIP FORM

1. सदस्य विवरण/ MEMBER DETAILS

सदस्य का नाम/ Member Name : लिंग/ Sex :
जन्म तिथि/ Birth Date :
वर्तमान पता/ Present address : शहर/ City :
क्षेत्र/ Area :
राज्य/ State : पिन कोड/ PIN Code :
स्थायी पता/ Permanent address : शहर/ City :
क्षेत्र/ Area: :
राज्य/ State : पिन कोड/ PIN Code :

2. सदस्यता प्रकार (नियमित/अतिथि)/ MEMBERSHIP TYPE (Regular/Guest)

सदस्यता अवधि/ : भुगतान की गई राशि/ :
Membership duration : Amount paid
भुगतान तिथि/ Transaction date :
कृपया भुगतान पर्ची संलग्न करें :
Please attach the payment slip

3. चिकित्सकीय स्थितियां/ MEDICAL CONDITION

मेडिकली फिट है या नहीं/ :
Medically fit or not
(मेडिकल सेल्फ डिक्लेरेशन ओवरलीफ :
Medical self-declaration overleaf)
पिछला जिम अनुभव यदि कोई हो, :
कृपया विवरण प्रस्तुत करें/ Previous :
gym experience if any, Please :
furnish details
(जिम का नाम, अवधि/ Name of the :
Gym., duration)

4. घोषणा/ DECLARATION:

मैं आई.ए.एस.एस.टी खेल परिसर के नियमों की पूर्ण जानकारी है और उनका पालन करने का वचन देता हूँ/ I am well aware of the rule & regulation of IASST sports complex and undertake to abide by them.

आवेदक के हस्ताक्षर/ Applicant Signature

दिनांक/ Date:

शुल्क संरचना/ FEE STRUCTURE	नियमित सदस्य/ REGULAR MEMBER	अतिथि/ GUEST
भर्ती शुल्क/ JOINING FEE	200/- (अप्रतिदेय/ Non-refundable)	लागू नहीं/ N/A
उपयोगकर्ता शुल्क/ USER FEE	50/- प्रति माह/ pm (न्यूनतम 3 महीने/ min. 3 months)	10/- प्रति दिन/ per day (न्यूनतम 7 दिन/ min. 7 days)



क्रम सं/ Sl. No.

चिकित्सा स्व-घोषणा/ Medical self-declaration

मैं, घोषणा करता/ करती हूँ कि मैं सामान्य व्यायामशाला अभ्यास और खेल गतिविधियों में भाग लेने के लिए चिकित्सकीय रूप से फिट हूँ। किसी भी प्रकार की अनहोनी होने की स्थिति में, मैं इसके लिए पूर्ण रूप से जिम्मेदार रहूँगा/ रहूँगी। इस स्व-घोषणा पर हस्ताक्षर करने की तिथि के 10 दिनों के भीतर मैं चिकित्सा फिटनेस प्रमाण पत्र प्रस्तुत करूँगा/ करूँगी।

I, declare that I am medically fit to undergo standard gymnasium exercise and sports activities. In the event of any mishappening I shall be fully and solely responsible for the same. I shall submit the medical fitness certificate within 10 days from this date of signing self-declaration.

साक्षी/ Witness:

सदस्य के हस्ताक्षर/ Signature of the Member

स्थान/ Place:

दिनांक/ Date: