

CENTRAL MOTOR VEHICLES RULES, 1989

**FORM 1 - A**

**MEDICAL CERTIFICATE**

*[See Rules 5, 7, 10(a), 14(d) and 10d]*

**[ To be filled in by a registered medical practitioner appointed for the purpose by the State Government of person authorised in this behalf by the State Government referred to under Sub-Section (3) of Section 8 ]**

1.	Name of the Applicant	
2.	Identification Marks	1. _____
		2. _____

(a)	Dose the applicant to the best of your judgment suffer from any defect of vision, if, so, has it been corrected by any suitable spectacle ?	Yes/No.
(b)	Can the applicant to be best of your judgment readily distinguish the pigmentary colours, red and green ?	Yes/No.
(c)	In your opinion, is he able to distinguish with his eye sight at a distance of 25 meters in good day light a motor car number plate ?	Yes/No.
(d)	In your opnion does the applicant suffer from a degree of deafness which would prevent his hearing the ordinary sound signals ?	Yes/No.
(e)	In your opinion does the applicant suffer from night blindness ?	Yes/No.
(f)	Has the applicant any defect or deformity or loss of member which would interfere with efficient performance of his duties as a driver ? If so, give your reasons in detail.	Yes/No.
(g)		

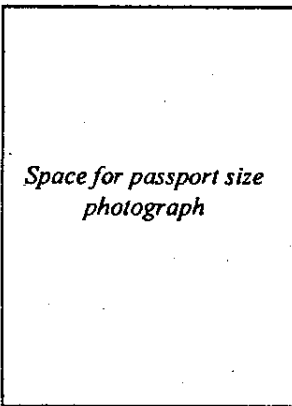
**[ Optinal ]**

- (a) Blood Group of the applicant (If the applicant so desire that the information may be noted in his driving licence).
- (b) RH factor of the applicant (If the applicant so desires that the information may be noted in his driving licence ).

Declaration made by the application FORM - I as to his physical fitness is attached.

I certify that I have personally examined the applicant \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ I also certify that while examining the applicant, I have directed special attention to the distant vision and I also certify that while examining the application I have directed special attention to the distant vision and hearing ability, the condition of the arms, legs, hands and joints of both extremities of the candidate and to best of my judgment he is medically fit/not fit to hold a driving licence.

*The applicant is not medically fit to hold a licence for the following reasons :-*



\_\_\_\_\_  
Signature

1) Name and designation of the Medical Officer/ Practitioner

(Seal)

2) Registration Number of Medical Officer  
Signature or thumb impression of the candidate

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

Notr : The Medical Officer shall affix his signature over the photograph affixed in FORM I in such a manner that part of his signature is upon the photograph and part on the certificate.

केन्द्रीय मोटर वाहन नियम, 1989

प्रपत्र - 1 क

चिकित्सा प्रमाणपत्र

[ नियम - 5,7,10 (क), 14(घ) एवं 18 घ को देखें ]

(राज्य सरकार के प्रयोजन में नियुक्त पंजीकृत चिकित्सा व्यवसायी (चिकित्सक) द्वारा अथवा धारा ८ की उपधारा (3) के अन्तर्गत राज्य सरकार की ओर संदर्भित प्रधिकृत व्यक्ति, द्वारा करा जाएगा।

1. आवेदक का नाम : .....

2. पहचान चिन्ह 1 .....

2 .....

(क) क्या आवेदक, आपके श्रेष्ठ निर्णय के अनुसार किसी दृष्टि-दोष से ग्रसित है ? यदि ऐसा है तो क्या उपयुक्त चश्मा द्वारा ठीक पाया गया ?

(ख) क्या आवेदक आपके श्रेष्ठ निर्णय के अनुसार (हरा व लाल रंगों हों/नहीं को पठकर विभेद कर लेता है ?

(ग) आपकी राय में, क्या वह दिन के प्रकाश में अपनी नेत्र-ज्योति हों/नहीं द्वारा २५ मीटर दूरी पर मोटर कार की प्लेट पर लगी संख्या को पठ सकता है।

(घ) आपकी राय में क्या आवेदक बहरापन का रोगी है, जो कि हों/नहीं साधारण ध्वनि संकेतों की नहीं सुन सकता है ?

(च) आपकी रायमें, क्या आवेदक रतौधी रोग से ग्रसित हैं ? हों/नहीं

(ए) .....

(ज) .....

वैकल्पिक

(अ) आवेदक का रुधिर-वर्ग ( यदि आवेदक ऐसा चाहता है तो पेसी सूचना उसके ड्राइविंग लाइसेंस लिखाकर संलग्न कर दी जाय )

(ब) आर-एच-कारक (यदि आवेदक पेसी ईछा जाहिर करता है तो इस सूचना को उसके ड्राइविंग लाइसेंस में नोट कर दिया जाय )

.....

शारीरिक स्वस्थता के विषय में, प्रपत्र-1 में आवेदक द्वारा की गयी घोषणा को संलग्न किया जाए।

मैं यह प्रमाणित करता हूँ कि मैं आवेदक ..... का स्वास्थ्य जाँच वैयक्तिक रूप से किया। मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि आवेदक का स्वास्थ्य परीक्षण केरते समय दूर-दृष्टि के विषय में ध्यान दिया एवं मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि आवेदक का स्वास्थ्य परीक्षण करते समय त्र्यय-उपलब्धता, मुजाओं की स्थिति पर, पैरो को, हाथो को एवं उन सिरों के दोनों जोडों पर विशेष ध्यान दिया एवं मेरे श्रेष्ठ निर्णय के अनुसार वे ड्राइविंग लाइसेंस पाने के लिए योग्य / अयोग्य ठहरते है।

आवेदक का स्वास्थ्य सही नहीं है, निम्न कारणों से लाइसेंस नहीं दिया जाएगा :-

हस्ताक्षर :

पासपोर्ट साइज  
फोटो के  
लिए स्थान

1. चिकित्सा अधिकारी / चिकित्सक का नाम एवं पद

:मुहर:

2. चिकित्सा अधिकारी का पंजीयन संख्या-----

----- आवेदक का हस्ताक्षर या  
अंगूठे का निशान -----

दिनांक -----

टिप्पणी :- प्रपत्र-1 में लगे फोटो के ऊपर टंग से चिकित्सा अधिकारी का हस्ताक्षर हो कि उनका हस्ताक्षर का अंश फोटोग्राफ व प्रमाण पत्र दोनों पर हो।

Govt, Presss, Silvassa