

FORM - 1

[See Rule - 5(2)]

Application cum-declaration as to the physical fitness

Space for
passport size
photograph

1.	Name of the applicant	
2.	So/Wife/Daughter of	
3.	Permanent Address	
4.	Temporary Address	
	Official Address (If any)	
5.	Date of Birth	
6.	Identification Marks	1. _____ 2. _____ _____

Declaration :

(a)	Do you suffer from epilepsy, or from sudden attacks of loss of consciousness or giddiness from any cause ?	Yes/No
(b)	Are you able to distinguish with each eye (or if you have held a driving licence to drive a motor vehicle for a period of not less than five years and if you have lost, the sight of one eye after the said period of five years and if the application is for driving a light motor vehicle other than a transport vehicle fitted within outside minor on the steering wheel side) or with one eye at a distance of 25 meters in good dry limit (with glasses, if worn) a motor car number plate ?	Yes/No

(c)	Have you lost either hand or foot or are you suffering from any defect or muscular power of either arm or leg ?	Yes/No
(d)	Can you readily distinguish the pigmentary colours, red and green ?	Yes/No
(e)	Do you suffer from night blindness ?	Yes/No
(f)	Are you so deaf as to be unable to hear (and if the application is for driving a light motor vehicle, with or without hearing and) the ordinary sound signal ?	Yes/No
(g)	Do you suffer from any other disease or disability likely to cause your driving of a motor vehicle to be a source of danger to the public, if so, give details.	Yes/No

I hereby declare that to the best of my knowledge and belief, the particulars given above and the declaration made therein are true.

(Signature or thumb impression of the applicant)

Note :

- (1) An applicant who answers "Yes" to any of the questions (a), (c), (e), (f) and (g) or "No" to either of the questions (b) and (d) should amplify his answers with full particulars, and may be required to give further information relating thereto.
- (2) This declaration is to be submitted invariably with medical certificate in Form 1-A.

प्रपत्र-1
[नियम-5 (2) को देखें]

शारीरिक स्वस्थता के सम्बन्ध में आवेदन एवं उद्घोषण।

पसपोर्ट साईज
के फोटोग्राफ के
लिए स्थान

1.	आवेदक का नाम	
2.	पुत्र/पत्नी/पुत्री	
3.	स्थायी पता	
4.	अस्थायी पता	
	पदधारी (सरकारी) पता (यदि कोई हो)	
5.	जन्म तिथि	
6.	पहचान चिन्ह	1. _____ 2. _____

घोषणा :

(क)	क्या आप कुष्ठ रोग से पीड़ित हैं ? या किसी कारण से संज्ञाविहीन रोग या सिर में चक्कर आने वाली बिमारी से ग्रसित हैं ?	हाँ/नहीं
(ख)	क्या दोनों आंखों से स्पष्ट दिखाई देता है ? (अथवा यदि आप कम से कम 5 वर्षों हेतु मोटर यान चलाने के लिए ड्राइविंग लाइसेंस प्राप्त किये हैं यदि उपरोक्त अवधि के बाद एक आंख की रोशनी समाप्त हो गयी है और यदि हल्की मोटर यान को चलाने हेतु आवेदन किया जा रहा है अथवा एक आंख से ठीक दिन के प्रकाश में (दर्पण के साथ यदि स्पष्ट) एक मोटरकार की प्लेट पर अंकित संख्या 25 मी. दूरी से दिखाई देती है।	हाँ/नहीं

(ग)	क्या आप का हाथ यो तो पैर नष्ट हो गया है या क्या आप किसी दोष से ग्रसित है या भुजा या तो पैर की मासपेशिय के किसी दोष से ग्रहित हैं ?	हाँ/नही
(घ)	क्या आप लाल व हरा रंगमय वर्ण को पढ़कर विभेद कर लेते है ?	हाँ/नही
(च)	क्या आप रतौंधी से ग्रसित है ?	हाँ/नही
(छ)	क्या आप इतने बहरे है कि साधारण ध्वनि संकेत सुन नहीं सकते है और यदि आवेदन हल्का यान चलाने के लिए है या सुनने की विशेष जरूरत नहीं है उसके लिए है ?	हाँ/नही
(ज)	क्या आप किसी अन्य रोग से ग्रसित हैं ? या कोई ऐसी अयोग्यता है जो कि मोटर वाहन को चलाने में लोगों को खतरा का कारण बन सकती है, यदि ऐसा हो तो विस्तृत विवरण दीजिए ।	हाँ/नही

मैं एतद्वार यह घोषणा करता हूँ कि इस सम्बन्ध में ऊपर लिखित सभी विवरण मेरे जानकारी एवं विश्वास के अनुसार सत्य है ।

(आवेदक का हस्ताक्षर अथवा अंगूठे का निशान)

टिप्पणी :-

१. आवेदक (क), (ग), (च), (छ) एवं (ज) के किसी प्रश्नों का उत्तर हाँ में देता है या (ख) एवं (घ) के प्रश्नों का उत्तर नहीं में देता है तो उनका उत्तर विस्तृत होना चाहिए एवं इस दृष्टि से अग्रिम सूचना देने के सम्बन्ध में इसे आवश्यक समझा जाए ।

२. इस उद्घोषणा को चिकित्सा प्रमाणपत्र के साथ प्रपत्र - १ - क में निरमवाद रूप से प्रस्तुत किया जाए ।

Govt. Printing Press, Silvassa