



COMPULSORY HEALTH CERTIFICATE FOR SHRI AMARNATHJI YATRA 2024

Paste recent
passport size
photograph here

PART A: (TO BE FILLED BY APPLICANT)

1. Name: _____ S/O, D/O, W/O: _____
2. Address: _____
3. Date of Birth: ____ / ____ / ____ Aadhaar No.: ____ / ____ / ____ Blood Group: _____
4. Identification Mark: _____

Age limit:

- a) For Yatri: Should not be less than 13 Years or more that 70 Years old.
b) No lady with more than 6 weeks pregnancy will be registered for the Yatra 2024

5. **DECLARATION:** Have you suffered from or have history of any of the following:

S. No	Condition	Yes	No	S. No	Condition	Yes	No
A)	Breathlessness			B)	Diabetes		
C)	Respiratory/Lung ailment			D)	High Blood Pressure		
E)	Blood disorder			F)	Asthma		
G)	Bleeding tendencies			H)	Epilepsy		
I)	Heart ailment			J)	Nervous breakdown		
K)	Joint Pains			L)	High altitude/mountain Sickness		
M)	Discharge from ear			N)	History of stroke/ paralysis		
O)	Are you a smoker			P)	Are you pregnant (Applicable to female Yatris)		

- History of Heart Attack, if yes please specify _____
- History of sudden death in family member, if yes please specify _____
- Any major injury in the past, if yes please specify _____
- Any other ailment, if yes please specify _____
- History of surgery, if yes please specify _____
- Are you under any medication, if yes please specify _____
- Are you allergic to drugs, foods and chemicals, if yes please specify _____

I hereby declare that the particulars given above are true to the best of my knowledge and belief, and nothing has been concealed.

Date: _____

(Signature/thumb impression of the Yatri)

PART B: (TO BE FILLED BY AUTHORISED MEDICAL AUTHORITY)

On the basis of information furnished by the applicant, detailed examination and the necessary investigations, it is certified that Mr. / Ms/ Mrs. _____ is fit to undertake the journey to the Shri Amarnathji Holy Cave Shrine.

Details of any specific test conducted before issuing the certificate: _____

Name of the Doctor: _____

Designation: _____

Date of issue: _____

Signature and seal of Authorized Medical Authority

MCI/ State Medical Council Registration No:



श्री अमरनाथजी यात्रा 2024 के लिए अनिवार्य स्वास्थ्य प्रमाणपत्र

भाग क: (आवेदक द्वारा भरा जाएगा)

हाल ही में पासपोर्ट
आकार की तस्वीर
यहां चिपकाएं

- नाम: _____ पुत्र/श्री,पुत्री/श्री,पति/श्री: _____
- पता: _____
- जन्मतिथि: ____/____/____ आधार संख्या ____/____/____ ब्लड ग्रुप ____
- पहचान चिन्ह: _____

आयु सीमा:

क) यात्रियों हेतु: 13 वर्ष से कम और 70 वर्ष से अधिक आयु नहीं होनी चाहिए।

ख) 6 सप्ताह से अधिक की गर्भावस्था वाली किसी भी महिला को यात्रा 2024 के लिए पंजीकृत नहीं किया जाएगा

5. घोषणा : क्या आपका निम्नलिखित में से किसी बीमारी से ग्रसित होने या बीमारी का कोई इतिहास है।

क्रम संख्या.	स्थिति	हाँ	नहीं	क्रम संख्या	स्थिति	हाँ	नहीं
क)	श्वास लेने में कठिनाई			ख)	मधुमेह		
ग)	श्वास/फेफड़ों का रोग			घ)	उच्च रक्त चाप		
इ)	रक्त विकार			च)	अस्थमा		
छ)	रक्तस्राव की प्रवृत्ति			ज)	मिर्गी		
झ)	हृदय रोग			झ)	नर्वस ब्रेकडाउन		
ट)	जोड़ों में दर्द			ठ)	उच्च ऊंचाई/पर्वतीय बीमारी		
ड)	कान से रिसाव			ड)	स्ट्रोक/पक्षाघात होने का कोई इतिहास		
ण)	क्या आप धूम्रपान करते हैं			त)	क्या आप गर्भवती हैं(महिला यात्रियों के लिए लागू)		

- हृदयघात का इतिहास, यदि हाँ कृपया उल्लेख करें _____
- परिवार के किसी सदस्य की अचानक हुई मृत्यु का इतिहास, यदि हाँ कृपया उल्लेख करें _____
- पूर्व में कोई बड़ी चोट, यदि हाँ कृपया उल्लेख करें _____
- अन्य रोग, यदि हाँ कृपया उल्लेख करें _____
- शल्य चिकित्सा, यदि हाँ कृपया उल्लेख करें _____
- आपका कोई इलाज चल रहा है, यदि हाँ कृपया उल्लेख करें _____
- आपको किसी औषधि, भोजन और रसायन से कोई एलर्जी है, यदि हाँ कृपया उल्लेख करें _____

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा उपर्युक्त दिया गया सभी विवरण सत्य है, और कुछ भी छुपाया नहीं गया है।

दिनांक: _____

(यात्री के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान)

भाग ख: (प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी द्वारा भरा जाएगा)

आवेदक द्वारा दी गई जानकारी, विस्तारित परीक्षण और आवश्यक जाँचों के आधार पर यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री/सुश्री/श्रीमति _____ श्री अमरनाथजी पवित्र तीर्थयात्रा के लिए स्वस्थ हैं।

प्रमाण पत्र जारी करने से पूर्व किए गए विशिष्ट परीक्षणों का विवरण : _____

चिकित्सक का नाम _____

प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर एवं मुहर

पदनाम _____

एमसीआई/ राज्य चिकित्सा परिषद पंजीकरण सं. _____

जारी करने की तिथि _____

INDICATIVE GUIDELINES FOR DOCTORS / INSTITUTIONS FOR ISSUING COMPULSORY HEALTH CERTIFICATE (CHC) FOR SHRI AMARNATHJI YATRA 2024.

- 1 Each applicant shall provide information to the Authorised Doctor/ Institution about his/her health status, past medical history and various ailments from which he/ she may be suffering from or may have suffered, as prescribed in part (A) of the Compulsory Health Certificate (CHC).
- 2 The Authorised Doctors/ Institutions shall issue the CHC [in part (B) of the format] after detailed examination of the applicant and necessary investigation(s) / test(s), as required, and having satisfied himself / herself as to the fitness of the applicant to undertake Yatra.
- 3 The Authorised Doctors/ Institutions shall not issue CHC to any applicant who is below the age of 13 years or above the age of 70 years and to any lady with a pregnancy of 6 weeks or more.
- 4 For Yatra 2024 the Authorised Doctors/ Institutions are required to issue the CHC not earlier than one week prior to date of commencement of advance registration for Yatra 2024 (The date of advance registration shall be indicated in due course of time on SASB website: <https://www.jksasb.nic.in.>)
- 5 **All the doctors/ Health Institutions authorised by State Governments/ UTs shall appropriately evaluate health condition of the applicant considering high altitude of Yatra tracks, likely fall in temperatures during inclement weather, low level of oxygen in Yatra area, steep ascent at high altitude; and after careful examination of the patient, carrying out of required investigations, ensure that CHC is issued to medically fit applicants only.**
- 6 The nominated Doctors shall ensure foolproof and effective screening of intending pilgrims including their status vis-a-vis cardiac/ pulmonary issues/ hypertension/ diabetes etc. before issuing of CHCs to them.
- 7 The nominated Doctors shall indicate their 'MCI' Registration Number' and "name" at the appropriate places indicated in Part (B) of the enclosed CHC at **Annexure-I** while issuing the Compulsory Health Certificates. The nominated Doctors shall not leave any place blank in Part (B) of the CHC.
- 8 The authorised doctors shall maintain proper record of CHCs issued so that database so generated could be utilised, as & when required, for bringing about further improvement in the provisioning of health care facilities during annual yatra.