



# જિલ્લા શિક્ષણાધિકારીની કચેરી, સુરત.



બ્લોક-એ, ત્રીજો માળ, જિલ્લા સેવા સદન-૨ અઠવાલાઈન્સ સુરત. - ૩૯૫૦૦૧



:- ૦૨૬૧-૨૬૬૨૯૦૨



suratdeo@gmail.com

web :- www.suratdeo.org

જા.નં./મા-૨/૨૦૨૬/૨૮૬૬

તા.૦૩/૦૩/૨૦૨૬

પ્રતિ,

આચાર્યશ્રી,

માધ્યમિક શાળાઓ, તમામ (GSEB, CBSE, ICSE, CAMBRIDGE, IB)

જિલ્લો: સુરત

વિષય : રાષ્ટ્રવ્યાપી HPV રસીકરણના અમલીકરણ બાબત

સંદર્ભ : ૧) કમિશનર શ્રી આરોગ્ય (અર્બન અને રૂરલ) અને મેનેજિંગ ડાયરેક્ટરશ્રી NRHM ના

પત્ર નં. HEC/3946/02/2026 તા.25/02/2026 મુજબ

૨) સુરત મહાનગરપાલિકા આરોગ્ય અધિકારીના પત્રકમાંક નં. પીએચડી/ શ્રીમાન,

વીએસસી/ 2319 તા.26/02/2026 મુજબ

જય ભારત સહ જણાવવાનું કે, માનનીય વડાપ્રધાનશ્રીના વરદ હસ્તે તારીખ ૨૮ ફેબ્રુઆરી ૨૦૨૬ ના રોજ અજમેર, રાજસ્થાનથી ગર્ભાશયના મુખના કેન્સર વિરોધી HPV રસીનો રાષ્ટ્રવ્યાપી શુભારંભ થઈ ગયેલ છે તે અનુસંધાને ગુજરાત રાજ્યમાં પણ માનનીય મુખ્યમંત્રીશ્રી દ્વારા આ રસીકરણ અભિયાનનો રાજ્ય વ્યાપી પ્રારંભ કરવામાં આવેલ છે.

ભારતમાં સર્વાંકલ કેન્સરની સ્થિતિ ગંભીર છે અને મહિલાઓમાં ગર્ભાશયના મુખના કેન્સરનું પ્રમાણ નોંધાતા અન્ય કેન્સરના પ્રમાણમાં બીજા સ્થાને છે. આ ગંભીર બીમારી સામે રક્ષણ આપવા માટે રાજ્યની તમામ ૧૪ વર્ષની દીકરીઓ (જેમણે ૧૪મો જન્મદિવસ ઉજવ્યો હોય પરંતુ ૧૫મો જન્મદિવસ ઉજવ્યો ન હોય) માટે સર્વાંકલ કેન્સર સામે રક્ષણ આપવા વિશેષ રસીકરણ અભિયાન હાથ ધરવામાં આવ્યું છે, આ અભિયાન હેઠળ જે વિદ્યાર્થીનીઓની જન્મ તારીખ ૦૧/૦૧/૨૦૧૧ થી ૨૮/૦૨/૨૦૧૨ દરમિયાન આવતી હોય તેવી વિદ્યાર્થીનીઓને આવરી લીધેલ છે. આ રસીકરણ અભિયાનનો હેતુ ગર્ભાશયના મુખના કેન્સર જેવી ગંભીર બીમારીથી દીકરીઓને ભવિષ્યમાં સુરક્ષિત કરવાનું છે. આ અભિયાનમાં સ્ટ્રેટેજીક એક્શન પ્લાન મુજબ કામગીરી કરવાની રહેશે.

- દરેક શાળામાંથી એક નોડલ શિક્ષકની નિમણૂક કરવી જે રસીકરણ માટે પાત્ર કિશોરીઓની (CTS Record મુજબની) યાદી જન્મ તારીખ સહીત આરોગ્ય વિભાગને પૂરી પાડશે.
- ખાનગી શાળાઓ (દરેક બોર્ડની) પણ આ અભિયાનમાં જોડાશે.
- દરેક શાળાએ જે તે શહેરી આરોગ્ય કેન્દ્ર/ શહેરી સામૂહિક આરોગ્ય કેન્દ્રના મેડિકલ ઓફિસર શ્રી સાથે સંકલન કરીને આરોગ્ય વિભાગના પ્લાનિંગ મુજબ વેક્સિનેશનની કામગીરીમાં સહયોગ આપવાનો રહેશે.
- રસીકરણની અગત્યતા સમજાવવા માટે દરેક શાળામાં ખાસ પેરેન્ટ- ટીચર મીટીંગ (PTM)નું આયોજન કરવાનું રહેશે જેમાં આરોગ્ય કર્મચારી/ Nodal Teacher દ્વારા HPV રસી અંગે જાગૃતિ લાવવામાં આવશે અને રસીકરણ પૂર્વે વાલીઓને Informed Consent તરીકે માહિતી આપવી અનિવાર્ય રહેશે. (વાલીનું સંમતિપત્રક - ગુજરાતી તથા અંગ્રેજીમાં આ સાથે સામેલ છે.)
- રસીકરણ સ્થળ: તમામ રસીકરણ સત્રો કોલ્ડ ચેઈન પોઇન્ટ તરીકે કાર્યરત શહેરી આરોગ્ય કેન્દ્ર/ શહેરી સામૂહિક આરોગ્ય કેન્દ્રો પરજ આયોજિત કરવાના રહેશે.

દીકરીઓના ભવિષ્યને સુરક્ષિત કરવા અને આ અભિયાનને સફળ બનાવવા આપનો સક્રિય સહકાર અનિવાર્ય છે.

બિડાણ:- ઉપર મુજબ

જિલ્લા શિક્ષણાધિકારી

સુરત, જિ.સુરત

નકલ રવાના જાણ સારુ,

- આરોગ્ય અધિકારીશ્રી. સુરત મહાનગરપાલિકા, સુરત

## સંમતિ પત્રક (CONSENT FORM)

હું, \_\_\_\_\_ (સંમતિ આપનારનું નામ), રહેવાસી  
\_\_\_\_\_ (માતા/પિતા/વાલી), સમજું છું કે Techo+  
પોર્ટલ મારી અને/અથવા મારા બાળકની વ્યક્તિગત સંવેદનશીલ માહિતી (નામ, બાળકનું નામ, જન્મ  
તારીખ, જાતિ, આઈડી નંબર, મોબાઇલ નંબર વગેરે) સખત રીતે રસીકરણ એપોઇન્ટમેન્ટની નોંધણી  
અને સંચાલન કરવા, રસી આપવા માટે, ડેટાબેઝ મેનેજમેન્ટ અને પ્રમાણપત્ર જનરેટ કરવા માટે  
એકત્રિત કરી શકે છે.

### મુખ્ય મુદ્દાઓ:

૧. હું સમજું છું કે મારો અને/અથવા મારા બાળકનો વ્યક્તિગત ડેટા માત્ર મારી માન્ય સંમતિથી જ  
એકત્રિત કરી શકાય છે, અને તેનો ઉપયોગ અથવા પ્રક્રિયા માત્ર ડિજિટલ પર્સનલ ડેટા પ્રોટેક્શન  
એક્ટ (DPDP Act), 2023 અનુસાર જ થઈ શકે છે.

૨. હું સમજું છું કે ડેટા પ્રિન્સિપલ તરીકે મને અને/અથવા મારા બાળકના વ્યક્તિગત ડેટાના સંગ્રહ,  
ઉપયોગ અને પ્રક્રિયાના સંબંધમાં અમુક અધિકારો પ્રાપ્ત છે. આ અધિકારો ડેટાની પુષ્ટિ અને એક્સેસ,  
સુધારો અને નિરસ્ત કરવા (erasure), જાહેરાત સામે વાંધો અને ડેટા પોર્ટેબિલિટી સાથે સંબંધિત છે.  
આ અધિકારો મને DPDP એક્ટ, 2023 અને આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ મંત્રાલય દ્વારા બહાર  
પાડવામાં આવેલી ગોપનીયતા નીતિ (Privacy Policy) માં નિર્ધારિત પદ્ધતિ મુજબ ઉપલબ્ધ છે.

૩. હું સમજું છું કે હું કોઈપણ સમયે તમામ અથવા કોઈપણ હેતુ માટે મારી સંમતિ પાછી ખેંચી શકું છું.  
સંમતિ પાછી ખેંચવા પર, મારી શેર કરેલી માહિતીની પ્રક્રિયા અટકી જશે, જોકે, સંમતિ પાછી ખેંચતા  
પહેલા પ્રક્રિયા કરવામાં આવેલ કોઈપણ ડેટા તેનાથી અપ્રભાવિત રહેશે.

૪. હું એ વાતથી પણ વાકેફ છું કે મારી અને/અથવા મારા બાળકની વ્યક્તિગત માહિતીનો ઉપયોગ  
ભારત સરકાર દ્વારા સૂચિત કરવામાં આવે તેવી સેવાઓ/લાભો આપવાના હેતુઓ માટે થઈ શકે છે  
અને/અથવા શેર કરવામાં આવી શકે છે.

૫. હું આપવામાં આવનાર રસીના જોખમો અને ફાયદાઓથી વાકેફ છું. હું મારા બાળકને રસી આપવા  
માટે સંમતિ આપું છું.

### વિગતો:

- બાળકનું નામ: \_\_\_\_\_
- ઉંમર: \_\_\_\_\_ વર્ષ
- બાળક સાથેનો સંબંધ (માતા/પિતા/વાલી): \_\_\_\_\_
- સહી: \_\_\_\_\_
- સંમતિ પત્રક પર સહી કરનારનું નામ: \_\_\_\_\_
- મોબાઇલ: \_\_\_\_\_
- તારીખ: \_\_\_\_\_
- સ્થળ: \_\_\_\_\_



### CONSENT FORM

"I, \_\_\_\_\_ (Consent Provider Name), residing at \_\_\_\_\_, the data principal \_\_\_\_\_ (Mother/Father/Guardian), understand that U-WIN portal may collect my and/or my child's personal sensitive information (name, child's name, date of birth, gender, ID number, mobile number etc.) strictly to register and manage vaccination appointments, vaccine administration, database management and certificate generation.

1. I understand that my and/or my child's personal data may be collected only with my valid consent, and that it may be used or processed only in accordance with the Digital Personal Data Protection Act, 2023.
2. I understand that I have certain rights that I enjoy as a data principal over mine and/or my child's personal data, in relation to its collection, use and processing. These rights relate to confirmation and access, correction and erasure, objection of disclosure, and portability of such personal data. These rights are available to me in the manner set out in the DPDP Act, 2023 and the Privacy Policy issued by Ministry of Health and Family Welfare.
3. I understand that I can withdraw my consent for all or any of the purposes at any time by and on withdrawal of my consent, the processing of my shared information will stop, however, any personal data already been processed shall remain unaffected on such withdrawal of consent.
4. I am also aware that my and/or my child's personal information may be used and/or shared for purposes of providing services/benefits as may be notified by Government of India.
5. I am aware of the risks and benefits of the vaccine(s) to be administered. I consent to the administration of the vaccine(s), to my child.

-----  
Name of the child \_\_\_\_\_ aged \_\_\_\_\_ years.

Relationship with the child (Mother/Father/Guardian): \_\_\_\_\_  
-----

Signature: \_\_\_\_\_

Consent Form is signed by (Name): \_\_\_\_\_

Mobile: \_\_\_\_\_

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

Place: \_\_\_\_\_



નં. પીએચડી/વીએસઆર/૨૩૧૮  
તા. ૨૬/૦૨/૨૦૨૬

પ્રતિ,  
જિલ્લા શિક્ષણાધિકારીશ્રી,  
જિલ્લા સેવા સદન,  
અઠવાલાઈન્સ,  
સુરત

વિષય : રાષ્ટ્રવ્યાપી HPV રસીકરણ શુભારંભ અને અમલીકરણ બાબત  
સંદર્ભ : કમિશ્નરશ્રી આરોગ્ય (અર્બન અને રૂરલ) અને મેનેજિંગ ડાયરેક્ટરશ્રી NRHM  
ના પત્ર નં. HEC/3946/02/2026 તા. ૨૫.૦૨.૨૦૨૬ મુજબ

મહાશયશ્રી,

સવિનય ઉપરોક્ત વિષય અને સંદર્ભ અન્વયે જણાવવાનું કે માન. વડાપ્રધાનશ્રીના વરદ હસ્તે તા. ૨૮ ફેબ્રુઆરી ૨૦૨૬ ના રોજ અજમેર, રાજસ્થાનથી ગર્ભાશયના મુખના કેન્સર વિરોધી HPV રસીનો રાષ્ટ્રવ્યાપી શુભારંભ થનાર છે. તે અનુસંધાને ગુજરાત રાજ્યમાં પણ માન. મુખ્યમંત્રીશ્રી દ્વારા આ રસીકરણ અભિયાનનો રાજ્યવ્યાપી પ્રારંભ કરવામાં આવશે.

ભારતમાં સર્વાઈકલ કેન્સરની સ્થિતિ ગંભીર છે અને મહિલાઓમાં ગર્ભાશયના મુખના કેન્સર તમામ નોંધાતા કેન્સરમાં બીજા સ્થાને છે. આ ગંભીર બીમારી સામે રક્ષણ આપવા માટે રાજ્યની તમામ ૧૪ વર્ષની દીકરીઓ (જેમણે ૧૪મો જન્મદિવસ ઉજવ્યો હોય પરંતુ ૧૫મો નહીં તેવો ૧ વર્ષ નો cohort-જન્મ તારીખ ૦૧/૦૧/૨૦૧૧ થી ૨૮/૦૨/૨૦૧૨) નું રસીકરણ સુનિશ્ચિત કરવાનું થાય છે. આ અભિયાન માટેનો સ્ટ્રેટેજીક એક્શન પ્લાન મુજબ કામગીરી કરવા જણાવેલ છે.

શિક્ષણ વિભાગ સાથે સંકલન:

- દરેક શાળામાંથી એક નોડલ શિક્ષકની નિમણૂક કરવી જે રસીકરણ માટે પાત્ર કિશોરીઓની યાદી આરોગ્ય વિભાગને પૂરી પાડશે.

આ બંને વિભાગોને પણ આ અભિયાનમાં જોડવા માટે અગાઉથી જાણ કરવી.

જે તે શહેરી આરોગ્ય કેન્દ્ર/ શહેરી સામૂહિક આરોગ્ય કેન્દ્રના મેડિકલ ઓફિસરશ્રી સાથે સંકલન કરીને આરોગ્ય વિભાગના પ્લાનિંગ મુજબ વેક્સીનેશનની કામગીરીમાં સહયોગ આપવાનો રહેશે.

પેરેન્ટ-ટીચર મીટિંગ (PTM):

રસીકરણની અગત્યતા સમજાવવા માટે દરેક શાળામાં ખાસ PTM પેરેન્ટ-ટીચર મીટિંગ નું આયોજન કરવાનું રહેશે, જેમાં આરોગ્ય કર્મચારી/ Nodal Teacher દ્વારા HPV રસી અંગે જાગૃતિ લાવવામાં આવશે અને રસીકરણ પૂર્વે વાલીઓ informed consent તરીકે માહિતી આપવી અનિવાર્ય રહેશે.

રસીકરણ સ્થળ: તમામ રસીકરણ સત્રો કોલ્ડ ચેઇન પોઈન્ટ તરીકે કાર્યરત શહેરી આરોગ્ય કેન્દ્ર / શહેરી સામૂહિક આરોગ્ય કેન્દ્રો પર જ આયોજિત કરવાના રહેશે.



જેથી HPV રસીકરણ અંતર્ગત ઉચ્ચ ગુણવત્તા યુક્ત રસીકરણ થઈ કાર્યક્રમ સફળ બની રહે તે માટે સુરત મહાનગરપાલિકાના શહેરી આરોગ્ય કેન્દ્ર / શહેરી સામૂહિક આરોગ્ય કેન્દ્રની ટીમ શાળાઓને સંપર્ક કરે ત્યારે તેઓને સાથ સહકાર મળી રહે તે માટે આપની કક્ષાએથી તમામ શાળાઓમાં શાળાએ જતી તમામ ૧૪ વર્ષની કિશોરીઓ HPV રસીથી સુરક્ષિત થાય તે સુનિશ્ચિત કરવા પત્ર વ્યવહાર થઈ આવવા વિનંતી.

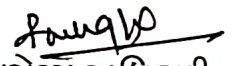
આ ઉપરાંત સરકારશ્રીમાથી નિયત ફોર્મેટમાં માંગવામાં આવેલ Form - 1 District wise School listing and planning Form મુજબની માહિતી અત્રેની કચેરીએ તાકીદે મળી રહે તે માટેની વ્યવસ્થા કરવા વિનંતી.

આ અગાઉ તમામ રાષ્ટ્રીય કાર્યક્રમને સફળ બનાવવા માટે આપશ્રી તરફથી યોગ્ય સાથ સહકાર મળી રહેલ છે તે મુજબનો જ સાથ સહકાર મળી રહેશે તેવી અપેક્ષા સહ.

બિડાણ : (૧) કમિશ્નરશ્રી આરોગ્ય (અર્બન અને રૂરલ) અને મેનેજિંગ ડાયરેક્ટરશ્રી NRHM

ના પત્ર નં. HEC/3946/02/2026 તા.૨૫.૦૨.૨૦૨૬મુજબ

(૨) Form - 1 District wise School listing and planning Form

  
આરોગ્ય અધિકારી  
સુરત મહાનગરપાલિકા



ડૉ. રતનકંપર એચ. ગઢવીચારણ આઈએએસ



નં.પ.ક.ઈમ્યુ/૨૦૨૫-૨૬/HPV રસીકરણ/૨૦૨૬  
કમિશનર, આરોગ્ય (ગ્રામ્ય) અને  
મિશન ડાયરેક્ટર, નેશનલ હેલ્થ મિશન, ગુજરાત

પ્રતિ,

(૧) જિલ્લા વિકાસ અધિકારીશ્રી, જિલ્લા પંચાયત કચેરી ... તમામ

(૨) મ્યુનિસિપલ કમિશનરશ્રી/નાયબ મ્યુનિસિપલ કમિશનરશ્રી (આરોગ્ય) ... તમામ

વિષય: રાષ્ટ્રવ્યાપી HPV રસીકરણ શુભારંભ અને અમલીકરણ બાબત

સ્નેહી શ્રી,

આપ સૌને સુવિદિત થાય કે માન. વડાપ્રધાનશ્રીના વરદ હસ્તે તા. ૨૮ ફેબ્રુઆરી ૨૦૨૬ ના રોજ અજમેર, રાજસ્થાનથી ગર્ભાશયના મુખના કેન્સર વિરોધી HPV રસીનો રાષ્ટ્રવ્યાપી શુભારંભ થનાર છે. તે અનુસંધાને ગુજરાત રાજ્યમાં પણ માન. મુખ્યમંત્રીશ્રી દ્વારા આ રસીકરણ અભિયાનનો રાજ્યવ્યાપી પ્રારંભ કરવામાં આવશે.

ભારતમાં સર્વાઈકલ કેન્સરની સ્થિતિ ગંભીર છે અને મહિલાઓમાં ગર્ભાશયના મુખના કેન્સર તમામ નોંધાતા કેન્સરમાં બીજા સ્થાને છે. આ ગંભીર બીમારી સામે રક્ષણ આપવા માટે રાજ્યની તમામ ૧૪ વર્ષની દીકરીઓ (જેમણે ૧૪મો જન્મદિવસ ઉજવ્યો હોય પરંતુ ૧૫મો નહીં તેવો 1 વર્ષ નો cohort) નું રસીકરણ સુનિશ્ચિત કરવાનું થાય છે. આ અભિયાન માટેનો સ્ટ્રેટેજીક એક્શન પ્લાન નીચે મુજબ છે:

- **લાભાર્થીની ઓળખ:** ૧૪ વર્ષની વય ધરાવતી તમામ કિશોરીઓનો હેડ કાઉન્ટ સર્વે કરી યાદી તૈયાર કરવી. ઉપરાંત આ સાથે સામેલ ટેકો+ અને CTS મુજબનો અંદાજિત લક્ષિત વય જુથ નો લક્ષ્યાંક પણ હેડ કાઉન્ટ સર્વે દરમિયાન વેરીફાઈ કરવાનો રહેશે. શાળા એ ન જતી કિશોરીઓનું રસીકરણ જે તે કોલ્ડ ચેઈન પોઈન્ટ ખાતે ૩ મહિના સુધી અભિયાન ના ભાગરૂપે કરવાનું રહેશે.
- **શિક્ષણ વિભાગ સાથે સંકલન:**
  - દરેક શાળામાંથી એક નોડલ શિક્ષકની નિમણૂક કરવી જે રસીકરણ માટે પાત્ર કિશોરીઓની યાદી આરોગ્ય વિભાગને પૂરી પાડશે.
  - ખાનગી શાળાઓને પણ આ અભિયાનમાં જોડવા માટે અગાઉથી જાણ કરવી.
  - જિલ્લા/કોર્પોરેશનના આરોગ્ય અધિકારીશ્રી સાથે સંકલન કરીને આરોગ્ય વિભાગના પ્લાનિંગ મુજબ વેક્સીનેશનની કામગીરીમાં સહયોગ આપવાનો રહેશે.
- **પેરેન્ટ-ટીચર મીટિંગ (PTM):** રસીકરણની અગત્યતા સમજાવવા માટે દરેક શાળામાં ખાસ PTM નું આયોજન કરવું, જેમાં આરોગ્ય કર્મચારી/Nodal Teacher દ્વારા HPV રસી અંગે જાગૃતિ લાવવામાં આવશે અને રસીકરણ પૂર્વે વાલીઓ informed consent તરીકે માહિતી આપવી અનિવાર્ય રહેશે.
- **IEC પ્રવૃત્તિઓ:** સર્વાઈકલ કેન્સર અને રસીકરણ અંગે પોસ્ટર, બેનર અને માઈક પ્રચાર દ્વારા વ્યાપક જનજાગૃતિ ફેલાવવી.
- **રસીકરણ સ્થળ:** તમામ રસીકરણ સત્રો માત્ર પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્ર અથવા રાજ્ય સરકાર દ્વારા નિયત થયે શાળાઓમાં આયોજિત કરવાના રહેશે.

વધુમાં, આપના તાબા હેઠળના આરોગ્ય, મહિલા અને બાળ વિકાસ અને શિક્ષણ વિભાગના તમામ અધિકારીશ્રીઓ એ સંકલન કરી,



ઉચ્ચ ગુણવત્તાયુક્ત રસીકરણ થાય અને શાળાએ જતી તથા શાળાએ ન જતી તમામ ૧૪ વર્ષની કિશોરીઓ HPV રસીથી સુરક્ષિત થાય તે સુનિશ્ચિત કરવા આપની કક્ષાએથી સ્પષ્ટ સૂચના આપવા વિનંતી.

કમિશનર ઓફ હેલ્થ (ગ્રામ્ય) અને  
મિશન ડાયરેક્ટર  
(નેશનલ હેલ્થ મિશન), ગુજરાત

નકલ સવિનય રવાના:

- અધિક મુખ્ય સચિવશ્રી (આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગ), ગાંધીનગર
- અગ્ર સચિવશ્રી (પ્રાથમિક અને માધ્યમિક શિક્ષણ), ગાંધીનગર

નકલ રવાના:

- મ્યુનિસિપલ કમિશ્નરશ્રી, તમામ વિગતવાર આયોજન અને અમલવારી સારૂ.
- કલેક્ટરશ્રી, તમામ વિગતવાર આયોજન અને અમલવારી સારૂ.
- અધિક નિયામકશ્રી, તમામ
- વિભાગીય નાયબ નિયામકશ્રી, તમામ
- મુખ્ય જીલ્લા આરોગ્ય અધિકારીશ્રી, તમામ
- મેડીકલ ઓફીસર ઓફ હેલ્થશ્રી, તમામ
- RCHOs, તમામ

---

પ્રથમ માળ, એન.એમ.એમ. ભવન, સિવિલ હોસ્પિટલ કેમ્પસ, સેક્ટર-૧૨, ગાંધીનગર – ૩૮૨૦૧૬  
Tel: (O) : 079-23223906 / 53299 Email Id: coh-rural@gujarat.gov.in

Signature Not Verified

igned by Dr. Ratankumar H.  
adhavicharan  
ommissioner  
ate 2026.02.25  
2:16:25 +5:30

File No: HEC/RGRI/e-file/145/2026/2325/Immunization Cell  
Approved By: Commissioner of Health(Rural) & MD-NHM, CoH-  
Open the document in Adobe Acrobat DC to verify the E-sign



# District wise School listing and planning Form

FORM 1

HPV Vaccination Campaign Year/Month \_\_\_\_\_

State: \_\_\_\_\_

District/ Corporation: \_\_\_\_\_

Name of District Education Officer & Mobile No. \_\_\_\_\_

Name of DIO & Mobile No. \_\_\_\_\_

## PART-A: To be filled by District Education Officer using UDISE+ and timely submit to District Immunization Officer (DIO)

| S. No. | School Name | UDISE code | Block/Urban Area | Address | Number of girls aged 14 years* | Name of Principal/School Nodal | Mobile No. | PTM date Planned (Y/N)** | If Yes, Date | Name & Mobile no of Block Education Officer | School falls under which planning unit |
|--------|-------------|------------|------------------|---------|--------------------------------|--------------------------------|------------|--------------------------|--------------|---------------------------------------------|----------------------------------------|
|        | a           | b          | c                | d       | e                              | f                              | g          | h                        | i            | j                                           | k                                      |
| 1      |             |            |                  |         |                                |                                |            |                          |              |                                             |                                        |
| 2      |             |            |                  |         |                                |                                |            |                          |              |                                             |                                        |
| 3      |             |            |                  |         |                                |                                |            |                          |              |                                             |                                        |
| 4      |             |            |                  |         |                                |                                |            |                          |              |                                             |                                        |
| 5      |             |            |                  |         |                                |                                |            |                          |              |                                             |                                        |
| 6      |             |            |                  |         |                                |                                |            |                          |              |                                             |                                        |
| 7      |             |            |                  |         |                                |                                |            |                          |              |                                             |                                        |
| 8      |             |            |                  |         |                                |                                |            |                          |              |                                             |                                        |
| 9      |             |            |                  |         |                                |                                |            |                          |              |                                             |                                        |
| 10     |             |            |                  |         |                                |                                |            |                          |              |                                             |                                        |

\*Girls aged 14 years [those who have celebrated their 14th birthday but have not yet celebrated their 15th birthday]

\*\* PTM: Parents-Teacher Meeting

District Education officer Signature with date

District Immunization Officer Signature with date