



PANCHSHEEL PUBLIC SCHOOL

10+2 Senior Secondary School (Affiliated & Recognized by CBSE)

Jaitpur, Badarpur, New Delhi-44

Ph. : 26666573, 9910038384

Circular No. PPS/Cir/2026 -27/018

Dated: 28/04/2026

School Id : 1925298

विषय: दिल्ली सरकार के HPV टीकाकरण अभियान के संबंध में अभिभावकों हेतु सूचना एवं सहमति प्रपत्र

प्रिय अभिभावकों,

सादर नमस्कार।

आपको सूचित किया जाता है कि दिल्ली सरकार द्वारा बालिकाओं को सर्वाइकल (Cervical) कैंसर से सुरक्षित रखने हेतु HPV (Human Papillomavirus) टीकाकरण अभियान चलाया जा रहा है। यह टीका सुरक्षित एवं प्रभावी है तथा समय पर लगवाने से इस गंभीर बीमारी से बचाव संभव है।

विद्यालय अभिभावकों से अनुरोध करता है कि वे अपनी पुत्री के स्वास्थ्य को ध्यान में रखते हुए उसे निकटतम सरकारी अस्पताल/स्वास्थ्य केंद्र में जाकर HPV टीका अवश्य लगवाएं। यह सुविधा सरकार द्वारा निःशुल्क उपलब्ध कराई जा रही है।

इस संदर्भ में:

- कृपया संलग्न सहमति पत्र (Consent Form) को ध्यानपूर्वक भरें।
- पूर्ण रूप से भरा हुआ सहमति पत्र अपने विद्यार्थी के माध्यम से विद्यालय में अनिवार्य रूप से वापस भेजें।
- टीकाकरण हेतु अस्पताल जाते समय आवश्यक पहचान पत्र और पूर्ण रूप से भरा हुआ सहमति पत्र साथ रखें।

आपका सहयोग इस महत्वपूर्ण स्वास्थ्य पहल को सफल बनाने में अत्यंत सहायक होगा। आइए, हम सब मिलकर अपनी बेटियों के सुरक्षित और स्वस्थ भविष्य की दिशा में यह आवश्यक कदम उठाएँ।

सधन्यवाद,

प्रधानाचार्य

पंचशील पब्लिक स्कूल



पत्रांक: 13907
दिनांक: 16/03/2026

रेखा गुप्ता मुख्यमंत्री, दिल्ली

प्रिय अभिभावकों

सादर नमस्कार।

मैं, रेखा गुप्ता, आपसे एक माँ, एक बेटी और परिवार के एक सदस्य के रूप में, कुछ कहना चाहती हूँ। हर माता-पिता की तरह मेरी भी यही इच्छा है कि हमारी बेटियाँ स्वस्थ रहें, सुरक्षित रहें और अपने सपनों को आत्मविश्वास के साथ पूरा करें। उनकी मुस्कान, उनका आत्मविश्वास और उनका उज्ज्वल भविष्य हम सभी के लिए सबसे अनमोल है।

इसी भावना के साथ दिल्ली सरकार ने हमारी बेटियों को सर्वाइकल (Cervical) कैंसर जैसे गंभीर रोग से बचाने के लिए **HPV टीकाकरण अभियान** शुरू किया है। सर्वाइकल कैंसर महिलाओं में होने वाले सबसे सामान्य कैंसरों में से एक है, लेकिन अच्छी बात यह है कि समय पर लगाया गया HPV टीका इसे काफी हद तक रोक सकता है।

HPV एक ऐसा वायरस है जो आगे चलकर सर्वाइकल कैंसर का कारण बन सकता है। वैज्ञानिकों और डॉक्टरों के वर्षों के शोध के बाद विकसित यह टीका सुरक्षित, प्रभावी और विश्व के 157 देशों में उपयोग किया जा रहा है। यह टीकाकरण पूरी तरह सुरक्षित है और स्वास्थ्य विशेषज्ञों द्वारा अनुमोदित है। दिल्ली सरकार के सभी स्वास्थ्य केंद्रों और अस्पतालों में ये टीका निःशुल्क उपलब्ध है। अपना पहचान पत्र और मोबाईल फोन लेकर दिल्ली सरकार के किसी भी स्वास्थ्य केंद्र या अस्पताल में चल रहे टीकाकरण सत्र में जा कर अपनी बेटी को HPV का टीका लगवा सकते हैं। अधिक सुविधा या समय की वचत के लिये टीका लगवाने से पूर्व यू-विन ऐप या <https://uwin.mohfw.gov.in> पर रजिस्टर करें। इस वेबसाइट पर सभी टीकाकरण सत्रों की पूर्ण जानकारी उपलब्ध है।

मैं आप सभी से दिल से आग्रह करती हूँ कि अपनी बेटियों को HPV का टीका अवश्य लगवाएँ और इस अभियान को सफल बनाने में हमारा साथ दें। जब हर बेटी सुरक्षित होगी, तभी हमारा समाज और हमारा भविष्य सुरक्षित होगा।

दिल्ली सरकार का संकल्प है - दिल्ली की हर बेटी स्वस्थ, सुरक्षित और सशक्त बने। आइए, हम सब मिलकर अपनी बेटियों को सर्वाइकल कैंसर से बचाने के लिए यह महत्वपूर्ण कदम उठाएँ। आपका सहयोग ही इस प्रयास की सबसे बड़ी शक्ति है।

स्नेह और विश्वास के साथ,

रेखा गुप्ता
मुख्यमंत्री
दिल्ली सरकार



सहमति पत्र (CONSENT FORM)

मैं, -----निवासी, पता -----, (माता/
पिता / अभिभावक), यह समझता / समझती हूँ कि U-WIN पोर्टल मेरे एवं / अथवा मेरे बच्चे की निजी जानकारी (जैसे नाम,
जन्म तिथि, लिंग, मोबाइल नंबर आदि) केवल टीकाकरण से जुड़ी सेवाओं के लिए ले सकता है।

1. मुझे पता है कि मेरी अनुमति से ही मेरी एवं / अथवा मेरे बच्चे की जानकारी ली जाएगी और इसका उपयोग "डिजिटल पर्सनल डेटा प्रोटेक्शन अधिनियम, 2023" कानून के अनुसार ही होगा।
2. मैं समझता/ समझती हूँ कि मुझे अपने एवं / अथवा अपने बच्चे की जानकारी से जुड़े कुछ अधिकार हैं। मैं अपनी जानकारी देख सकता/सकती हूँ, उसमें सुधार करवा सकता/सकती हूँ या उसे हटाने के लिए कह सकता/सकती हूँ। अगर मेरी जानकारी कहीं साझा की जाती है, तो मैं उस पर आपत्ति भी कर सकता/सकती हूँ। जरूरत पड़ने पर मैं अपनी जानकारी को एक जगह से दूसरी जगह भेजने के लिए भी कह सकता/सकती हूँ। ये सभी अधिकार मुझे डिजिटल पर्सनल डेटा प्रोटेक्शन अधिनियम, 2023 और सरकार की गोपनीयता नीति के अनुसार मिलते हैं।
3. मैं अपनी सहमति कभी भी वापस ले सकता/सकती हूँ। ऐसा करने पर मेरी जानकारी का उपयोग बंद हो जाएगा, लेकिन जो जानकारी पहले इस्तेमाल हो चुकी है, उस पर इसका असर नहीं पड़ेगा।
4. मुझे यह भी जानकारी है कि मेरी एवं / अथवा मेरे बच्चे की जानकारी का उपयोग सरकार द्वारा दी जाने वाली सेवाओं और योजनाओं के लिए किया जा सकता है।
5. मुझे टीके के फायदे और जोखिम के बारे में जानकारी दी गई है और मैं अपने बच्चे को टीका लगवाने के लिए सहमति देता/देती हूँ।

बच्चे का नाम:----- आयु -----वर्ष-----

बच्चे से संबंध (माता/पिता/अभिभावक):-----

हस्ताक्षर:-----

नाम:-----

दिनांक-----

मोबाइल नंबर:-----

स्थान-----