प्रेषक,

अमरेश कुमार मिश्र,
अनु सचिव,
उत्तर प्रदेश शासन।

सेवा में,

समस्त मुख्य चिकित्साधिकारी,
उत्तर प्रदेश।

चिकित्सा अनुभाग-3 लखनऊ: दिनांक:07-09-2026

विषय:-हज यात्रा 2027 में चयनित हज यात्रियों को मेडिकल स्क्रीनिंग एण्ड फिटनेस सर्टिफिकेट सरकारी एलोपैथिक पद्वति के चिकित्सकों द्वारा जिलास्तर पर उपलब्ध कराये जाने के संबंध में।

महोदय,

उपर्युक्त विषयक मो0 तारिक, सचिव/कार्यपालक अधिकारी, उ0प्र0 राज्य हज समिति सरोजनी नगर लखनऊ के पत्र संख्या-जी-11/401/एस0एच0सी0/ लखनऊ/2026, दिनांक 02.09.2026 **(छायाप्रति संलग्नक सहित)** का कृपया संदर्भ ग्रहण करने का कष्ट करें, जिसके माध्यम से हज कमेटी ऑफ इण्डिया, मुम्बई के सर्कुलर-10 दिनांक 01.09.2026 का संदर्भ देते हुए अवगत कराया गया है कि अल्पसंख्यक कार्य मंत्रालय व स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, भारत सरकार द्वारा अनुमोदित मेडिकल स्क्रीनिंग एवं फिटनेश सर्टिफिकेट को हज यात्रा 2027 पर जाने वाले प्रत्येक हज यात्री को सरकारी एलोपैथिक पद्यति के चिकित्सक द्वारा प्रमाणित कराकर हज समिति कार्यालय को दिनांक 15.09.2026 तक उपलब्ध कराये जाने का उल्लेख किया गया है। तदक्रम में मो0 तारिक, सचिव/कार्यपालक अधिकारी द्वारा प्रकरण में स्वास्थ्य परीक्षण हेतु उपस्थित होने वाले हज यात्रियों को नियमानुसार मेडिकल स्क्रीनिंग एवं फिटनेश सर्टिफिकेट निर्गत करने हेतु जनपद के समस्त मुख्य चिकित्साधिकारी, उ0प्र0/समस्त सरकारी चिकित्सालयों को निर्देशित किये जाने का अनुरोध किया गया है।

2- अतः इस संबंध में मुझे यह कहने का निदेश हुआ है कि कृपया उक्त पत्र में किये गये अनुरोध के क्रम में नियमानुसार आवश्यक कार्यवाही कराते हुए कृत कार्यवाही की आख्या से शासन को अवगत कराने कष्ट करें।

<u>संलग्नकः-यथोक्त।</u>

भवदीय,

Digitally signed by
AMERESH KUMAR MISHRA
Date: 07-09-2026 12:34:29

(अमरेश कुमार मिश्र)
अनु सचिव।

<u>संख्या एवं दिनांक उपरोक्तानुसार।</u>

प्रतिलिपि-निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित:-

1- महानिदेशक/निदेशक (प्रशासन), चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें, उ0प्र0 लखनऊ।

2- महानिदेशक, परिवार कल्याण, उ0प्र0 लखनऊ।
3- सचिव/कार्यपालक अधिकारी, उ0प्र0 राज्य हज समिति, मौलाना अली मियाँ मेमोरियल हज हाउस, सरोजनीनगर, लखनऊ-226008
4- अपर निदेशक (कार्मिक/गोपन), चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें, उ0प्र0 लखनऊ।
5- मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, उ0प्र0 लखनऊ।
6- समस्त मण्डलीय अपर निदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उ0प्र0।
7- गार्ड फाइल।

आज्ञा से,

(अमरेश कुमार मिश्र)
अनु सचिव।

UPSHC-HAJS0TRAN/11/2026-HAJS-UPSHC

ए - 3379/ अनु - 3-28

1/761977/2026

उत्तर प्रदेश राज्य हज समिति

(उ0प्र0 सरकार द्वारा गठित)
मौलाना अली मियाँ मेमोरियल हज हाउस, सरोजनीनगर लखनऊ–226008
ई–मेल आई.डी. : hajcommittee.up@gmail.com, shcuplko@rediffmail.com
वेबसाइट : hajcommittee.up.gov.in, Twitter @UPStateHajC & Facebook @Statehajcommittee Up

पत्रांक : जी–11/401/एस0एच0सी0/लखनऊ/2026 दिनांक 02, सितम्बर 2026

6219(स)

सेवा में,

सचिव- R/14-3

अपर मुख्य सचिव
स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, अनुभाग–03
उ0प्र0 शासन, लखनऊ।

02-09-26

विषयः– **हज 2027 के लिए मेडिकल स्क्रीनिंग और आवश्यक प्रपत्र अपलोड किये जाने के सम्बन्ध में।**

महोदया,

(सुनील कुमार–II)
निजी सचिव
अपर मुख्य सचिव,
चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार
तथा चिकित्सा शिक्षा विभाग,
उ0प्र0 शासन

उपर्युक्त विषयक हज कमेटी आफ इण्डिया के सर्कुलर–10 दिनांक 01.09.2026 का संदर्भ लेने का कष्ट करें। अल्पसंख्यक कार्य मंत्रालय व स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा अनुमोदित मेडिकल स्क्रीनिंग एवं फिटनेस सर्टिफिकेट को हज–2027 की यात्रा पर जाने वाले प्रत्येक हज यात्री को सरकारी एलोपैथिक पद्यति के चिकित्सक द्वारा प्रमाणित कराकर दिनांक 15.09.2026 तक अपने लॉगइन आई0डी0 पर अपलोड किया जाना है। (निर्धारित प्रारुप एवं सर्कुलर की प्रतिलिपि संलग्न)

आपसे अनुरोध है कि शासन स्तर से प्रत्येक मुख्य चिकित्साधिकारी समस्त जनपद उत्तर प्रदेश को स्वास्थ्य परीक्षण हेतु उपस्थित होने वाले हज यात्रियों को नियमानुसार मेडिकल एण्ड फिटनेस सर्टिफिकेट निर्गत करने तथा जनपद के समस्त सरकारी चिकित्सालयों को निर्देशित करने का कष्ट करें, ताकि हज यात्रियों को कोई असुविधा न हो।

537/SMH/26

भवदीय

संलग्नकः– उपरोक्तानुसार।

VS (DS)

Digitally signed by
MOHD TARIQ
Date: 02-09-2026
(मोहम्मद तारिक)
सचिव/कार्यपालक अधिकारी

02-09-26

पत्रांक एवं दिनांक उपरोक्तानुसार
प्रतिलिपिः– निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित।

1. मा0 मंत्री, अल्पसंख्यक कल्याण मुस्लिम वक्फ एवं हज को उनके निजी सचिव के माध्यम से सूचनार्थ प्रेषित।
2. मा0 राज्य मंत्री, अल्पसंख्यक कल्याण मुस्लिम वक्फ एवं हज व मा0 अध्यक्ष, उ0प्र0 राज्य हज समिति को।
3. मा0 सदस्य, उ0प्र0 राज्य हज समिति को।
4. प्रमुख सचिव, अल्पसंख्यक कल्याण मुस्लिम वक्फ एवं हज, उ0प्र0 शासन।
5. निदेशक, अल्पसंख्यक कल्याण, उ0प्र0, इन्दिरा भवन, लखनऊ।
6. जिलाधिकारी समस्त जनपद उत्तर प्रदेश।
7. मुख्य चिकित्साधिकारी, समस्त जनपद उत्तर प्रदेश।
8. समस्त जनपद जिला अल्पसंख्यक कल्याण अधिकारी, उत्तर प्रदेश।
9. गार्ड फाइल हेतु।

(विनय कुमार श्रीवास्तव)
निजी सचिव
सचिव, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण
उत्तर प्रदेश शासन

3933/SMHDS/26
US (AM)

(मोहम्मद तारिक)
सचिव/कार्यपालक अधिकारी

03.9.2026

3.9.26
(समीर बहादुर पटेल)
निजी सचिव,
विशेष सचिव, चिकित्सा, स्वास्थ्य
एवं परिवार कल्याण विभाग,
उ0प्र0 शासन।

तत्काल

03/9/26

F. No. HCOI25-0099/1/2024-HCOI
HAJ COMMITTEE OF INDIA
Ministry of Minority Affairs
Government of India

Haj House, 7-A, M.R.A. Marg
Mumbai-400 001

Date: 01-09-2026

Haj – 2027
10

CIRCULAR

Subject: Medical Screening and Uploading of Relevant Documents for Haj 2027

In terms of the provisions of **Section 21 of Haj Policy 2027**, and in order to ensure that only medically fit pilgrims proceed for Haj, a two-stage medical screening and fitness certification process has been made mandatory for every selected pilgrim, i.e., Stage-I at the time of selection and Stage-II closer to the date of embarkation.

2. Accordingly, **Primary Medical Screening**, constituting Stage-I of the medical fitness assessment, is required to be conducted at Government healthcare facilities by a **Government Allopathic Medical Officer, along with the prescribed diagnostic investigations.**

3. All provisionally selected pilgrims are advised to undergo the prescribed medical screening and obtain the fitness certificate in the prescribed **Primary Medical Screening and Fitness Certificate Proforma**, enclosed as **Annexure-I**. The selected pilgrims shall upload the following documents on the HCoI portal or submit physical copies to their respective State/UT Haj Committees on or before **15.09.2026**:

a. Primary Medical Screening and Fitness Certificate;
b. Copy of Pay-in-Slip/online payment receipt.

4. The pilgrims are advised to keep the **original Medical Screening and Fitness Certificate and all investigation reports in safe custody**, as the same shall be required to be produced before the medical team at the time of **Stage-II medical screening and vaccination.**

5. It may be noted that the candidature of a pilgrim found medically unfit, as per the prescribed fitness criteria, shall be cancelled and the amount deposited by the pilgrim shall be refunded as per the applicable provisions. However, any pilgrim found to **have concealed or furnished false information regarding his/her health or medical condition shall be liable for action, including forfeiture of the deposited amount and prosecution**, as per the extant policy.

6. The State/UT Haj Committees are requested to coordinate with the concerned State/District Nodal Officers of the Health Departments and facilitate the district-wise medical screening and fitness certification of all provisionally selected pilgrims in a time-bound manner. They shall also liaise with Government healthcare facilities, maintain proper records of the screening process and promptly report cases of medically unfit pilgrims to the Haj Committee of India.

7. All concerned are requested to take necessary action accordingly.

1/9/26

(Shanavas C, IAS)
Chief Executive Officer

Enclosure: Medical Screening and Fitness Certificate – Haj 2027

Copy to:

1. The Joint Secretary (Haj), Ministry of Minority Affairs, New Delhi
2. Dr. Loveneesh G. Krishna, Director General of Health Services, New Delhi
3. The Director (Haj), Ministry of Minority Affairs, New Delhi
4. The Under Secretary (Haj), Ministry of Minority Affairs, New Delhi
5. The Consul General of India & Consul (Haj), CGI, Jeddah
6. The Executive Officers, All State/ Union Territory Haj Committees
7. The Deputy CEO's, Haj Committee of India
8. CEO Secretariat, Haj Committee of India
9. In-Charge, Computer Section for uploading on the HCoI website

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय
MINISTRY OF HEALTH AND FAMILY WELFARE

अल्पसंख्यक कार्य मंत्रालय
MINISTRY OF MINORITY AFFAIRS

MEDICAL SCREENING & FITNESS CERTIFICATE- 1448(H)- 2027(C.E)

(Must obtain the following certificate from a Government Medical Officer (Allopathic) authorized by the State/UT Government/Central Govt./Defence Authorities /PSU/ Autonomous Bodies)

Personal Particulars:

Name
Date of Birth:
Age:
Gender: Male/Female.
Contact No.:
ID No. (Passport/voter Id/Aadhar etc.)
Blood Group:
Marital Status:
ABHA ID:
Complete address:

Photograph
Paste your recent (clicked within 3 months) passport size colored photo having a white background (Size: 3.5 cm x 3.5 cm)

Self-declaration To be filled by the Haj applicant	**Please circle/ कृपया गोला लगाये**
1. Do you suffer from epilepsy or from sudden attacks of loss of consciousness or giddiness from any cause? क्या आप मिर्गी से पीड़ित हैं या किसी भी कारण से अचानक बेहोशी या चक्कर आने के दौरे से पीड़ित हैं?	Yes/No हां/ ना
2. Are you suffering from defect in vision? क्या आप दृष्टि दोष से पीड़ित हैं	Yes/No हां/ ना
3. Are you currently taking any medication for /क्या आप अभी किसी बीमारी के लिए कोई दवा ले रहे हैं?	Yes/No (हां/ ना)
4. Have you ever been diagnosed with?/ क्या आपको कभी कोई बीमारी हुई है?	
a) Tuberculosis(TB)/(टीबी/क्षय रोग) -Currently taking medication for TB/अभी टीबी/क्षय रोग की दवा ले रहे हैं-	a) Yes/No (हां/ ना) Yes/No (हां/ ना)
b) Lung disease/COPD (Asthma/Bronchitis/Emphysema etc.) फेफड़ों की बीमारी /अस्थमा/ब्रोंकाइटिस/वातस्फीति/require oxygen support/ऑक्सीजन सपोर्ट की ज़रूरत है	b) Yes/No (हां/ ना)
c) Hypertension (BP)/ रक्तचाप	c) Yes/No (हां/ ना)
d) Diabetes Mellitus/ मधुमेह	d) Yes/No (हां/ ना)
e) Heart related illness/ हृदय संबंधी बीमारी/Heart attack/Stroke/दिल का दौरा/स्ट्रोक/undergone Heart surgery/हृदय की सर्जरी हुई थी	e) Yes/No (हां/ ना)
f) Kidney disease/ गुर्दे की बीमारी/Dialysis/डायलिसिस	f) Yes/No (हां/ ना)
g) Liver disease/ यकृत रोग	g) Yes/No (हां/ ना)
h) Cancer/ कैंसर	h) Yes/No (हां/ ना)
i) Bleeding Disorder/ रक्तस्राव विकार	i) Yes/No (हां/ ना)
j) Mental illness/मानसिक बिमारी	j) Yes/No (हां/ ना)
k) Any Other (Specify)/ कोई और (उल्लिखित करे) -	

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय
MINISTRY OF HEALTH AND FAMILY WELFARE

अल्पसंख्यक कार्य मंत्रालय
MINISTRY OF MINORITY AFFAIRS

5. Only for females/ केवल महिलाओं के लिए- Pregnant/ गर्भवती Last menstrual period (in DD/MM/YYYY) अंतिम मासिक माहवारी (in DD/MM/YYYY)	Yes/No (हां/ ना)
6. History of Allergy/ एलर्जी (if any)- Details if answer is yes/अगर जवाब 'हाँ' है, तो विवरण दें-	Yes/No (हां/ ना)

Self-Declaration for Medical Certificate by Haj Applicant/ हज आवेदक द्वारा चिकित्सा प्रमाणपत्र के लिए स्व-घोषणा

Important Note from Haj Policy 2027:
Any person found to have furnished false information shall not be allowed to proceed for Haj. In such cases, he/she will be disqualified at any stage and deboarded even at the embarkation point. The entire amount deposited by him/her shall also be forfeited. Besides, he/she may be prosecuted for making an Incorrect / false declaration.

हज नीति 2027 से संबंधित महत्वपूर्ण सूचना:
अगर कोई व्यक्ति गलत जानकारी देता हुआ पाया जाता है, तो उसे हज पर जाने की इजाज़त नहीं दी जाएगी। ऐसे मामलों में, उसे किसी भी स्टेज पर अयोग्य ठहराया जा सकता है और एम्बार्केशन पॉइंट (रवानगी की जगह) से भी वापस भेजा जा सकता है। उसके द्वारा जमा की गई पूरी रकम भी ज़ब्त कर ली जाएगी। इसके अलावा, गलत जानकारी देने के लिए उस पर कानूनी कार्रवाई भी की जा सकती है।

I...S/D/W of.......................................hereby declare that the above mentioned information is true to the best of my knowledge and my application may be cancelled if it is found incorrect/false at a later date / मैं... S/D/W. of.....................................घोषणा करता हूं कि उपरोक्त उल्लिखित जानकारी सर्वोत्तम रूप से सत्य है और मेरी जानकारी यदि बाद में गलत/ झूठी पायी गयी तो मेरा आवेदन रद्द किया जा सकता है।

Signature/Thumb Impression of the Haj Applicant
आवेदक के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय
MINISTRY OF HEALTH AND FAMILY WELFARE

अल्पसंख्यक कार्य मंत्रालय
MINISTRY OF MINORITY AFFAIRS

Medical Examination (to be filled by Doctor)

Name of Applicant -
Age-
Gender-
Name of Government hospital-
State and District-
Date of Examination -

Medical Examination (to be filled by Doctor)

Important Note Haj Policy 2027 (Fitness Criteria Haj Pilgrimage)

1. Those pilgrims with severe medical conditions such as advanced cardiac, respiratory, liver, or kidney diseases; or senility. neurological or psychological disorders affecting cognition or accompanied by severe motor disabilities, old age associated with dementia, active cancer patients receiving chemotherapy, biological therapy, or radiotherapy and active infectious diseases affecting public health (such as open tuberculosis and hemorrhagic fevers).
2. Pregnant ladies above 28 weeks of pregnancy at the starting date of journey(April 2027) are not permitted as per the saudi guidelines)

History of Present illness- Any medical complaints/Any known comorbidity-

Any medication taken by pilgrim currently- Yes/No
If Yes, please provide details-

General Examination	Systemic Examination
Height (in Metres)-	
Weight (in KG)-	
BMI-	
Blood Pressure-	CVS
Pallor-	Per Abdomen
Icterus-	Respiratory System- Difficulty in breathing- Yes/No
Temperature-	Any Gross Neurodeficit/locomotor disability/weakness/Paralysis- Yes/No
Pulse rate - - Regular/Irregular	Any other significant findings:
Respiratory Rate- - Regular/Irregular	
Pregnant Yes/No- If Pregnant LMP- EDD-	

*Pregnant ladies above 28 weeks of pregnancy at the starting date of journey(April 2027) are not permitted for Haj as per the saudi guidelines

Lab & Radiological tests (Only Tests conducted in government facilities are valid)

SN	Investigations	Tests to be conducted for-	Test Findings (Must be within acceptable range)
1	CBC	All Applicant	
2	FBS/HbAIC	All Applicant	
3	X-ray Chest (PA view)**	All Applicant	
4	KFT	All Applicant	
6	LFT	All Applicants	
7	ECG	Mandatory for Applicants-40yrs and above and <40yrs with (DM/HTN/Obesity/other comorbidity)	
8.	Any other test as suggested by physician upon assessment		
Remarks:			

*All test findings must be within acceptable range for consideration in Pilgrim Selection Process.
**Applicant to be present with original X-ray films for diagnosis by the physician.

"CERTIFICATION OF DOCTOR"

Important Note: Certification is a legal document. False or negligent certification constitutes professional misconduct and will invite disciplinary/legal action as per applicable laws

"I confirm that I have examined the applicant named above based on the medical history provided and current clinical findings. I have read and understood the 'Fitness Criteria for Haj Pilgrimage' as mentioned in Important Note Point 1 & 2 (Haj policy 2027) in this document. Based on the medical examination & tests conducted on (Date:)and documented medical history:

At this Stage the applicant is found to be:
☐FIT TO UNDERTAKE THE HAJ JOURNEY.
☐UNFIT TO UNDERTAKE THE HAJ JOURNEY

....

Name of certifying Doctor (in Block letters)-
MCI Registration No. of Doctor-
Signature & Stamp of Govt. Medical Officer(allopathic) with date:

Signature/Thumb Impression of the Haj Applicant
आवेदक के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान