

**FREE****CHENNAI SAI THUNAI MATRIMONIALS**  
(For Differently Abled - Hindus)54(34), 53rd Street, 9th Avenue, Ashok Nagar, Chennai - 83.  
Ph : 7810 03 03 03, 98403 30531 E-mail : saithunaimatri@gmail.com  
Website : www.saithunaimatri.comRegn.  
No.

Date :

Male Female **REGISTRATION FORM (FOR DIFFERENTLY ABLED PERSONS AND NORMAL PERSON WILLING TO MARRY DIFF. ABLED)****BIO-DATA (முக்கிய குறிப்புகள்)**

1.	Name / பெயர்	
2.	Date of Birth/Time of Birth/Place of Birth பிறந்த தேதி / பிறந்த நேரம் / இடம்	
3.	Mother Tongue/தாய்மொழி	
4.	Caste/Subsect / ஜாதி/உட்பிரிவு	
5.	Gothram/Star/Rasi / கோத்ரம்/நட்சத்திரம்/ராசி	
6.	Food Habits / உணவுப் பழக்கம்	Veg <input type="checkbox"/> Non-Veg <input type="checkbox"/>
7.	Qualification / கல்வித் தகுதி	
8.	Job Details / Place of job பணி விவரம்	
9.	Income per month / மாத வருமானம்	
10.	Height, Complexion / உயரம்/நிறம்	Ht.(in Feet) <input type="text"/> Very Fair <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/>
11.	Disability (if any) / குறைபாடு (இருந்தால்)	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
12.	Details of Disability & Percentage / குறைபாட்டின் விவரம் மற்றும் சதவீதம்	
13.	Category of Disability / குறைபாட்டின் பிரிவு	Visual(Partial/Full) <input type="checkbox"/> Hearing/Speech <input type="checkbox"/> Ortho <input type="checkbox"/> Mental Illness <input type="checkbox"/> Muscular/Cerebral Palsy <input type="checkbox"/> Skin Problems <input type="checkbox"/> Ailments/Disease <input type="checkbox"/> All Others <input type="checkbox"/>

**FAMILY (குடும்பம்)**

14.	Parents Alive? / பெற்றோர் உள்ளனரா?	Both Alive <input type="checkbox"/> Mother Only <input type="checkbox"/> Father Only <input type="checkbox"/> Both Not Alive <input type="checkbox"/>
15.	Father's Name / தந்தையின் பெயர்	
16.	Mother's Name / தாயின் பெயர்	
17.	Brothers / சகோதரர்கள்	Elder ..... Younger ..... Married .....
18.	Sisters / சகோதரிகள்	Elder ..... Younger ..... Married .....
19.	Properties / சொத்து விவரம்	Own House <input type="checkbox"/> Flat <input type="checkbox"/> Plot <input type="checkbox"/> Land <input type="checkbox"/>
20.	Marital Status / திருமண நிலை	UM <input type="checkbox"/> Div <input type="checkbox"/> Wid <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Awaiting Divorce <input type="checkbox"/> Issues if any .....
21.	Whether Knowing Vehicle Driving ?	<input type="checkbox"/> 2 Wheeler <input type="checkbox"/> 3 Wheeler <input type="checkbox"/> 4 Wheeler

**EXPECTATIONS / எதிர்பார்ப்புகள்**

22.	Qualification / கல்வித் தகுதி	
23.	Place of Job/Income (pm) வேலை இடம்/மாத வருமானம்	
24.	Caste/Sub-sect / ஜாதி/உட்பிரிவு	
25.	Marital Status / திருமண நிலை	UM <input type="checkbox"/> Div <input type="checkbox"/> Wid <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> With Issues <input type="checkbox"/> Without Issues <input type="checkbox"/>
26.	Minor Disability Acceptable? உடல் ஊனமுற்றோர் சம்மதமா?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
27.	Nature of Disability Acceptable ? குறைபாட்டின் விவரம்	

**ADDRESS / முகவரி****CONTACT DETAILS / தொடர்பு விவரம்**

SMT./SHRI : _____ _____ _____	PHONE/ MOBILE NOS. : _____ _____ E-MAIL / S : _____ _____
-------------------------------------	--

I Confirm that the Information provided are True to the Best of my knowledge. I declare that I will not hold any claim whatsoever against the Organisation for any loss or damage suffered if any, by me/by us on the basis of projection of details in the Website which is open for Public.

ADDRESS PROOF  MEDICAL CERTIFICATE  HOROSCOPE  PHOTO 

NAME : \_\_\_\_\_ RELATIONSHIP : \_\_\_\_\_ SIGNATURE : \_\_\_\_\_