

**SURAT AKUAN KEBENARAN IBU BAPA/PENJAGA MENYERTAI  
AKTIVITI KOKURIKULUM**

Saya : .....  
No. Kad Pengenalan : .....  
No. Telefon : .....  
mengaku adalah waris kepada murid bernama di bawah :

Nama Murid : .....  
No.KP /Surat Lahir : .....  
Sekolah : SK Simpang Jeram

Saya dengan ini memberi kebenaran bertulis saya kepada anak / jagaan saya untuk menyertai :

Nama Program : **LATIHAN MERENTAS DESA**  
Tarikh : **13 APRIL 2025**  
Tempat : **KAMPUNG PARIT ZAIN**  
Anjuran : **SK PARIT ZAIN BAKRI,MUAR.**

2. Saya difahamkan bahawa soal keselamatan dan disiplin sentiasa diberi perhatian sewajarnya oleh Guru/Pegawai/Urus Setia yang telah diamanahkan. Sekiranya kesihatan anak/jagaan saya terganggu dalam masa latihan/perkemahan atau perjalanan/semasa program, maka saya dengan sepenuh hati membenarkan Guru/Pegawai/Urus Setia menguruskan bagi pihak saya untuk mendapatkan rawatan perubatan.

3. Saya dengan ini mengakui bahawa anak/jagaan saya **ADA/TIDAK ADA\*** mengidap penyakit kronik/berjangkit. Nyatakan (Jika ada) :

.....  
(\*Potong yang berkenaan)

Tandatangan Ibu bapa/Penjaga : .....  
Nama : .....  
Tarikh : .....

**DISAHKAN OLEH GURU BESAR**

Saya dengan ini mengakui bahawa sepanjang pengetahuan saya, segala keterangan di atas adalah benar.

Tandatangan : .....  
Nama : .....  
No. Kad Pengenalan : .....  
Tarikh : .....  
Cop Rasmi : .....

**BORANG PERAKUAN KESIHATAN MURID SEBELUM MENYERTAI  
AKTIVITI KOKURIKULUM**

NAMA AKTIVITI	LATIHAN MERENTAS DESA		
TEMPAT AKTIVITI	KAMPUNG PARIT ZAIN		
PERINGKAT AKTIVITI	Daerah		
TARIKH MULA	13 APRIL 2025	TARIKH AKHIR	13 APRIL 2025
NAMA PENUH MURID			
NO. K.P/SIJIL LAHIR			
JANTINA		NO. INSURANS TAKAFUL (Dapatkan dari pihak sekolah)	
NO. TELEFON RUMAH		NO. TELEFON TANGAN PENJAGA	

Pernahkah anda menerima imunisasi terhadap Tetanus (Tandakan)	Y a	Tidak
Jika pernah, sila nyatakan tarikh terakhir anda menerima imunisasi.		

**REKOD PERUBATAN:**

**SILA TANDAKAN  $\checkmark$  JIKA "YA" DAN  $\times$  JIKA "TIDAK" DI PETAK YANG BERKENAAN:**

Pernah Pening atau sakit kepala yang teruk		Pernah dilakukan pembedahan pada tubuh	
Pernah bermasalah pernafasan atau asma		Pernah mempunyai sakit sawan (epilepsy)	
Alahan pada bisa, ubatan atau air laut		Pernah alami Diabetes atau tekanan darah tinggi	
Pernah alami kecederaan pada tulang		Pernah mabuk laut atau pergerakan	
Pernah alami sakit jantung		Pernah alami masalah buah pinggang	
Pernahkah anda dalam tempoh satu bulan yang lalu mengalami sebarang penyakit berjangkit atau cirit-birit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kumpulan Darah	A	B	AB
			O
Rhesus	RH +		RH-

**SILA BERIKAN MAKLUMAT TERPERINCI JIKA MASALAH KESIHATAN DI ATAS BERKAITAN DENGAN ANDA.**

**SEKIRANYA MURID MEMPUNYAI SALAH SATU DARIPADA PENYAKIT DI ATAS, MURID ADALAH DILARANG MENYERTAI PERTANDINGAN DI ATAS.**

Tanda Tangan Peserta & Nama:

Disahkan oleh Guru Besar :

Tarikh :

.....  
( )

.....  
( )

.....