



Surat Tuan :
Surat Kami : SKBJ(KOKO)800-6/18(_)
Tarikh : ____ Julai 2024

Tuan / Puan,

SURAT KEBENARAN IBU/BAPA/PENJAGA WARIS

Dengan hormatnya dimaklumkan bahawa anak/jagaan tuan/puan akan mengikuti / telah terpilih untuk menyertai **PROGRAM KEMPORI PENGAKAP GERAKHAS PERINGKAT KEBANGSAAN** pada hari dan tarikh berikut :

Hari : **JUMAAT - AHAD**
Tarikh : **13 – 15 SEPTEMBER 2024**
Tempat : **SK KEM GERAKHAS , KEM SUNGAI UDANG, MELAKA**
Masa : **8.00 PAGI**

2. Sehubungan itu, setelah arahan dan peraturan dipatuhi sekiranya berlaku sebarang kemalangan pihak tuan / puan tidak berhak mengambil tindakan terhadap pihak yang menganjur.

Sekian, untuk makluman tuan / puan. Terima kasih. Jika terdapat sebarang pertanyaan, bolehlah menghubungi **SK BAGAN JERMAL (04-3321863)**. Kerjasama dari pihak Tuan-Tuan dan Puan-Puan amatlah dihargai.

Sekian, terima kasih

“MALAYSIA MADANI”
“BERKHIDMAT UNTUK NEGARA”
“SAYANGI SEKOLAHKU, SKBJ NO.1”

Saya yang menjalankan amanah,

.....
AHMAD KABER B. K.ISMAIL
Guru Besar

✂
.....
Pengakuan Ibu / Bapa / Penjaga

1. Saya ibu / bapa / penjaga *****membenarkan/tidak membenarkan** anak di bawah jagaan saya Tahun untuk menyertai **PROGRAM KEMPORI PENGAKAP GERAKHAS PERINGKAT KEBANGSAAN**. Saya tidak akan membuat sebarang tuntutan terhadap pihak sekolah sekiranya berlaku sebarang perkara yang tidak diingini ke atas anak / jagaan saya.

Sekian, terima kasih.

Yang benar,

.....

***** Potong yang tidak berkenaan**

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

NAMA AKTIVITI	KEMPORI PENGAKAP GERAKHAS PERINGKAT KEBANGSAAN 2024		
TEMPAT AKTIVITI	SK KEM GERAKHAS, KEM SUNGAI UDANG , MELAKA.		
PERINGKAT AKTIVITI	PERINGKAT KEBANGSAAN		
TARIKH & TEMPAT LATIHAN PUSAT	-	TARIKH PROGRAM	13 HINGGA 15 SEP 2024
NAMA PENUH MURID			
NO. K.P/SIJIL LAHIR			
JANTINA		NO. INSURANS TAKAFUL (Dapatkan dari pihak sekolah)	
NO. TELEFON RUMAH		NO. TELEFON TANGAN PENJAGA	

REKOD PERUBATAN:

Pernakah anda menerima imunisasi terhadap Tetanus (Tandakan)	Ya	Tidak
Jika pernah, sila nyatakan tarikh terakhir anda menerima imunisasi.		

SILA TANDAKAN ☒ JIKA "YA" DAN ☒ 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	
Pernakah anda dalam tempoh satu bulan yang lalu mengalami sebarang penyakit berjangkit atau cirit-birit?			
Kumpulan Darah A B AB O		Rhesus RH + RH-	

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

--

SEKIRANYA PELAJAR MEMPUYAI SALAH SATU DARIPADA PENYAKIT DI ATAS, PELAJAR ADALAH DILARANG MENYERTAI PERTANDINGAN DI ATAS.

Tanda Tangan Peserta & Nama:

Disahkan oleh Pengetua/Guru Besar :

Tarikh :

(.....) (.....) (.....)