

Untuk rujukan pejabat :

BORANG A

Kebenaran Ibubapa / Penjaga Pelajar

Saya,ibu / bapa /
 penjaga berkenaan no k/p membenarkan / tidak membenarkan pihak
 sekolah untuk memberi atau mendapatkan sebarang rawatan untuk anak saya, bernama
 pelajar tahun
 no sijil lahir jika berlaku sebarang kemalangan semasa berada di kawasan
 sekolah. Sebarang kos perubatan adalah dibawah tanggungan ibubapa.

Yang benar ,

Saksi ,

.....
 Nama :

(ibubapa / penjaga)

NO K/P :

.....
 Nama :

NO K/P :

.....
 Jika berlaku sebarang kemalangan semasa berada di kawasan sekolah , sila rujuk pada panel
 klinik kami seperti yang tentera di bawah : -

NAMA DOKTOR :

KLINIK :

NO. AKAUN :

NAMA SYARIKAT :

NO. KAD :