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 tanggugan ibubapa.

Yang benar , Saksi ,

…………………………………… …………………………………….

Nama : Nama :

( ibubapa / penjaga )

NO K/P : 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 : ………………………………………………