



**SURAT KEBENARAN IBU/BAPA/ PENJAGA/ WARIS
 BAGI RAWATAN KESIHATAN / PENGGUNAAN UBAT/ PEMBEDAHAN KECEMASAN
 (Penuhkan dengan HURUF BESAR)**

Nama Pelajar :

No. Kad Pengenalan **Kursus/Program :**

Bahawasanya, saya yang bernama.....

No. Kad Pengenalan :..... Ibu Bapa /Penjaga / Waris kepada anak/jagaan saya yang bernama seperti diatas , dengan ini mengizinkan Pengarah, Timbalan Pengarah, Pensyarah-Pensyarah, Warden dan pensyarah-pensyarah yang ditanggungjawabkan oleh pihak kolej menandatangani borang yang disediakan oleh pihak Kolej / Klinik / Pusat Kesihatan/ Hospital bagi tujuan membuat rawatan dan penggunaan ubat ke atas anak / jagaan saya yang bernama seperti tersebut di atas serta membenarkan dilakukan pembedahan kecemasan jika perlu terhadapnya.

Saya mengaku bahawa saya tidak akan mengambil sebarang tindakan undang-undang atau mahkamah terhadap pihak yang berkenaan berkaitan denganapa-apa kemalangan , kecacatan anggota atau kehilangan anggota dan sebarang kecederaan lainterhadap anak / jagan saya disebabkan oleh penggunaan ubat atau pembedahan tersebut.

Tandatangan Ibu/ Bapa/ Penjaga/ Waris :.....

Nama Ibu/ Bapa/ Penjaga/ Waris :.....

Alamat Surat Menyurat

.....

Poskod **Negeri**

No. Telefon : (R) :..... **(P) :**.....

(Bimbit): **Tarikh**.....

Tandatangan Saksi :.....
 (Pengarah/ Penghulu/ Penggawa/ Ketua Kampong/ Pegawai Kerajaan Bahagian 1)*

Nama Saksi:

No. Kad Pengenalan **Tarikh:**