



KEMENTERIAN PENDIDIKAN MALAYSIA

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

Saya :
No. Kad Pengenalan :
Beralamat :
.....

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

Nama Pelajar :
Tahun :
No. KP /Surat Lahir :
Sekolah :

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

Nama Program : **TANGKAK RUN FOR PEACE 2026**
Tarikh : **18 JULAI 2026**
Masa : **6.00 PAGI**
Tempat : **SEKOLAH KEBANGSAAN SAWAH RING, TANGAK JOHOR**
Kelolaan : **PERSEKUTUAN PENGAKAP MALAYSIA DAERAH TANGKAK**

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/perkhemahan atau perjalanan/semasa program, maka saya dengan sepenuh hati membenarkan Guru/Pegawai/Urus Setia menguruskan bagi pihak saya untuk mendapatkan rawatan perubatan. Saya juga mengaku bahawa anak saya telah mempunyai skim perlindungan insurans bagi dirinya sendiri.

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 PENGETUA

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

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



KEMENTERIAN PENDIDIKAN MALAYSIA

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

NAMA AKTIVITI	TANGKAK RUN FOR PEACE 2026		
TEMPAT AKTIVITI	SEKOLAH KEBANGSAAN SAWAH RING, TANGAK JOHOR		
PERINGKAT AKTIVITI	KEBANGSAAN		
TARIKH MULA	18 JULAI 2026	TARIKH AKHIR	18 JULAI 2026
NAMA PENUH MURID			
NO. K.P/SIJIL LAHIR			
JANTINA		NO. INSURANS TAKAFUL <i>(Dapatkan dari pihak sekolah)</i>	
NO. TELEFON RUMAH		NO. TELEFON TANGAN PENJAGA	

REKOD PERUBATAN:

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

SILA TANDAKAN ✓ JIKA "YA" DAN X 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 ciritt-birit?		
Kumpulan Darah A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>	Rhesus RH+ <input type="checkbox"/> RH- <input type="checkbox"/>	

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

--

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

Tanda Tangan Peserta & Nama:

Disahkan oleh Pengetua :

Tarikh :

.....