



Pusat  
**PERMATApintar®**  
Negara  
Universiti Kebangsaan Malaysia



UNIVERSITI  
KEBANGSAAN  
MALAYSIA  
*National University  
of Malaysia*

## LAMPIRAN E

### BORANG PERAKUAN KEBENARAN MENDAPATKAN RAWATAN

Perakuan Ibu / Bapa / Penjaga:

Potong yang tidak berkenaan\*

Saya ..... (Ibu/Bapa/Penjaga)\*

No.KP ..... (Ibu/Bapa/Penjaga)\* kepada

..... (nama penuh pelajar)

..... (no. KP pelajar) dengan ini bersetuju memberi kuasa

kepada pihak Pusat PERMATApintar® Negara, Universiti Kebangsaan Malaysia untuk menandatangani

surat / dokumen bagi sebarang urusan yang berkaitan dengan rawatan ke atas anak / anak jagaan\* saya di

Hospital / Klinik Kesihatan Kerajaan dan memberi kebenaran kepada pihak berkuasa perubatan untuk

menggunakan ubat bius dan menjalankan pembedahan ke atas anak / anak jagaan\* saya jika diperlukan.

Sekian, terima kasih.

.....  
Tandatangan Ibu/Bapa/Penjaga

Nama:

Tarikh:

.....  
Tandatangan Saksi

*Penjawat awam Kategori A/Guru Besar/Penggawa/Wakil Rakyat*

Nama.....

No.KP.....

Jawatan dan Cop Rasmi