

BORANG MAKLUMAT PENDAPATAN IBU BAPA / PENJAGA

NAMA BAPA/ PENJAGA

NO. K/P

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NO. TELEFON

.....

ALAMAT E-MEL

.....

ALAMAT TETAP

.....

(lengkap dengan poskod dan bandar)

HUBUNGAN PENJAGA (JIKA BERKENAAN)

PEKERJAAN BAPA / PENJAGA

PENDAPATAN BAPA SEBULAN (RM)

NAMA IBU

NO. K/P

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NO. TELEFON

.....

ALAMAT E-MEL

.....

ALAMAT TETAP

.....

(lengkap dengan poskod dan bandar)

PEKERJAAN IBU

PENDAPATAN IBU SEBULAN (RM)

JUMLAH KESELURUHAN PENDAPATAN BAPA/PENJAGA DAN IBU (RM)



JUMLAH TANGGUNGAN IBU BAPA/PENJAGA :

NAMA TANGGUNGAN DAN UMUR

(termasuk ibu dan bapa kandung / tiri / angkat dan anak kandung / tiri / angkat yang diakui sah)

[illegible]

PENTING: Murid **DIWAJIBKAN** membawa slip gaji ibu & bapa atau penjaga jika bekerja tetap, ATAU penyata / pengesahan pendapatan jika bekerja sendiri atau tidak bekerja, serta perlu **DISAHKAN**

MAKLUMAT KELUARGA TERDEKAT/ WARIS

NAMA

NO. K/P

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

NO. TELEFON

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

ALAMAT SURAT
MENYURAT

(lengkap dengan poskod dan bandar)

HUBUNGAN PEKERJAAN

MAKLUMAT UNTUK DIHUBUNGI JIKA KECEMASAN

NAMA

NO. K/P

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

NO TELEFON

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

ALAMAT SURAT
MENYURAT

(lengkap dengan poskod dan bandar)

HUBUNGAN

MAKLUMAT KESIHATAN

Maklumat Insuran :

i. Adakah murid mempunyai insuran? ☐ YA ☐ TIDAK

ii. Sekiranya ada, sila nyatakan jenis insurans

iii. Adakah murid mempunyai alahan makanan? ☐ YA ☐ TIDAK

iv. Sekiranya ada, sila nyatakan jenis alahan

v. Pernahkah murid menghidap penyakit-penyakit seperti yang dinyatakan di bawah?

• Lelah / Semput ☐ YA ☐ TIDAK

• Migrain ☐ YA ☐ TIDAK

• Gastrik ☐ YA ☐ TIDAK

• Penyakit Kulit ☐ YA ☐ TIDAK

• Kencing Manis ☐ YA ☐ TIDAK

• Darah Tinggi ☐ YA ☐ TIDAK

• Penyakit yang memerlukan rawatan berterusan ☐ YA ☐ TIDAK

• Lain-lain

Sila nyatakan jenis penyakit

vi. Adakah murid pemegang kad OKU? ☐ YA ☐ TIDAK
(sila sertakan salinan kad OKU)

Nyatakan : _____

PENGESAHAN

Saya mengaku bahawa segala maklumat yang diberikan adalah benar. Saya juga faham pihak Pusat GENIUS@Pintar Negara, UKM berhak menarik balik tawaran mengikuti pengajian di Kolej GENIUS@Pintar Negara, UKM dengan serta merta sekiranya maklumat yang diberikan didapati palsu. Saya juga tidak akan membuat sebarang dakwaan, tuntutan atau tindakan mahkamah terhadap pihak Pusat GENIUS@Pintar Negara, UKM jika tawaran saya ditarik balik.

.....
(Tandatangan Murid)

Tarikh: _____