



UNIVERSITI
KEBANGSAAN
MALAYSIA
*National University
of Malaysia*



KEMENTERIAN
PENDIDIKAN
MALAYSIA



KOD KURSUS : _____

SURAT KEBENARAN IBU BAPA / PENJAGA BAGI MENDAPATKAN RAWATAN PERUBATAN

AKUAN IBUBAPA / PENJAGA

Saya _____ (ibu bapa / penjaga)*
No. Kad Pengenalan _____ (ibubapa / penjaga)* kepada _____ (nama penuh pelajar)
memberi kuasa kepada pihak Pusat PERMATApintar® Negara untuk menandatangani surat / dokumen-dokumen 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 (ibubapa / penjaga)*

Nama :

No. Kad Pengenalan :

Tarikh : _ _ _ _ _ (dd/mm/yyyy)

Tandatangan (saksi)

Nama :

No. Kad Pengenalan :

Tarikh : _ _ _ _ _ (dd/mm/yyyy)

*** potong yang mana tidak berkenaan ***