**BORANG D**

**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)\* Tandatangan (saksi)

Nama : Nama :

No. Kad Pengenalan : No. Kad Pengenalan :

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

***\* potong yang mana tidak berkenaan\****