

BORANG PERSETUJUAN PERKHIDMATAN KESIHATAN DAN IMUNISASI

No.Rujukan: 1451/2020/3742583

Anak tuan/puan bernama **SAFA' EYMAANIE BINTI NOR RAFFAEE** akan diberikan perkhidmatan kesihatan sekolah oleh Kementerian Kesihatan Malaysia seperti di bawah:

1. Pemeriksaan fizikal

2. Rawatan

3. Imunisasi :

Tahun Satu

- Vaksin DT (Difteria Tetanus) Dos Tambahan
- Vaksin MR (Measles, Rubella)

Tingkatan Satu (Perempuan sahaja)

- Vaksin HPV(Human Papilloma Virus)

Tingkatan Tiga

- Virus ATT (Tetanus Toxoid)

4. Saringan Thalassaemia Tingkatan Empat

Saya bernama _____, no KP: _____

ibu/bapa/penjaga kepada murid di atas telah membaca dan faham maklumat kesihatan yang diberikan dan bertanggungjawab di atas apa-apa keputusan yang diambil oleh pihak Kementerian Kesihatan Malaysia. Saya dengan ini:

☒ **BERSETUJU** perkhidmatan kesihatan sekolah seperti di atas diberi kepada anak di bawah jagaan.

☐ **TIDAK BERSETUJU** perkhidmatan kesihatan sekolah seperti di atas diberi kepada anak di bawah jagaan.

Tandatangan ibu/bapa/penjaga:

Tarikh:

Tarikh Cetakan Surat: 08/10/2019