

PANDUAN MENGISI BORANG PENDAFTARAN INDIVIDU MSSM M01/R01

Daerah: BARAT DAYA
 SEBERANG UTARA
 PRAI SELATAN
 PRAI TENGAH
 TIMUR LAUT

Kumpulan Umur:
 BAWAH 12 TAHUN
 BAWAH 15 TAHUN
 BAWAH 18 TAHUN

Darjah: DARJAH 1
 DARJAH 2
 DARJAH 3
 DARJAH 4
 DARJAH 5
 DARJAH 6

Tingkatan: PERALIHAN
 TINGKATAN 1
 TINGKATAN 2
 TINGKATAN 3
 TINGKATAN 4
 TINGKATAN 5
 TINGKATAN 6

Bangsa: MELAYU
 CINA
 INDIA
 ORANG ASLI/PRIBUMI SEMENANJUNG
 PRIBUMI SABAH
 PRIBUMI SARAWAK
 LAIN-LAIN

Jenis Sekolah: HARIAN
 SUKAN MALAYSIA
 SUKAN NEGERI
 TEKNIK/VOKASIONAL
 BERASRAMA PENUH
 MENENGAH AGAMA
 AGAMA BANTUAN KERAJAAN
 SWASTA
 PLD
 LAIN-LAIN

**** Perhatian:**

- **Sila cetak Lampiran B – Borang Kebenaran Iubapa (Surat Pekeliling Ikhtisas Bil.5/2007) untuk diisi oleh ibubapa/penjaga pemain.**
- **Salinan MYKID/ Sijil Kelahiran/ MYKAD pemain perlu disahkan oleh Guru Besar/ Pengetua/ Guru Penolong Kanan Sekolah.**

BORANG KEBENARAN IBU BAPA

1. Saya seperti nama dinyatakan dibawah membenarkan anak saya No SB/KP..... mengikuti aktiviti lawatan yang dianjurkan oleh pihak sekolah. Kebenaran ini diberi atas kefahaman bahawa pihak sekolah akan mengambil langkah-langkah untuk menentukan supaya keselamatan dan kebajikan murid-murid yang terlibat diberi perhatian sepenuhnya. Saya dimaklumkan bahawa sekolah akan memastikan:
 - a. guru-guru dilantik untuk mengiring, membimbing dan mengawasi keselamatan dan kebajikan murid
 - b. pengangkutan yang digunakan mempunyai permit sah dari pihak berkuasa untuk digunakan membawa penumpang dengan selamat

2. (Jika berkaitan) Saya memaklumkan bahawa anak saya mengidap penyakit dan sedang menerima rawatan. Berikut adalah senarai ubat serta maklumat rawatannya:

| Bil | Nama Ubat | Kadar Ambilan |
|-----|-----------|---------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

3. Jika anak saya mengalami kecederaan dan serangan penyakit yang memerlukan rawatan pegawai perubatan dalam tempoh mengikuti aktiviti, maka saya dengan ini memberi kebenaran anak ini dirujuk dan diberi rawatan sepertimana yang difikirkan sesuai oleh pegawai perubatan berkaitan bagi menentukan kesejahteraan dan keselamatannya.

Pengesahan

Nama ibu / bapa/ penjaga :.....

No. Tel. (rumah/HP) :.....

Alamat rumah :.....

.....

Tanda Tangan

Tarikh