

BORANG PERAKUAN KEBENARAN MENDAPATKAN RAWATAN

Perakuan Ibu/Bapa/Penjaga:

Potong yang tidak berkenaan*

Saya..... (Ibu/Bapa/Penjaga)*

No.KP..... (Ibu/Bapa/Penjaga)*

kepada.....(nama penuh pelajar)

..... (No. KP Pelajar) dengan ini

bersetuju memberi kuasa kepada pihak Pusat PERMATApintar™ Negara, Universiti Kebangsaan Malaysia untuk menandatangani surat/dokumen bagi sebarang urusan yang 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 Ibu/Bapa/Penjaga

Nama:

Tarikh:

.....
Tandatangan Saksi

Penjawat awam Kategori A/Guru Besar/Penggawa/Wakil Rakyat

Nama.....

No.KP.....

Jawatan dan Cop Rasmi