

BORANG PENGISYTIHARAN KESIHATAN

Nama Penuh Murid:

Tingkatan:

Sekolah:

No Kad Pengenalan:

Nama Ibu bapa/Penjaga:

No Tel:

1. Adakah anak/anak jagaan tuan/puan mengalami gejala-gejala berikut:		
Demam (Suhu badan:)	YA	TIDAK
Batuk	YA	TIDAK
Selesema	YA	TIDAK
Sakit Tekak	YA	TIDAK
Sesak Nafas	YA	TIDAK
Sakit Dada	YA	TIDAK
Hilang Deria Rasa	YA	TIDAK
Lain lain:		
2. Adakah anak/anak jagaan tuan/puan pernah disahkan positif COVID-19?	YA	TIDAK
3. Adakah anak/anak jagaan tuan/puan mempunyai kontak rapat dengan individu yang disahkan positif COVID-19?	YA	TIDAK
4. Adakah anak/anak jagaan tuan/puan mempunyai kontak rapat kepada individu yang sedang menjalani kuarantin di rumah?	YA	TIDAK
5. Adakah anak/anak jagaan tuan/puan sedang menjalani Perintah Kawalan Kuarantin di rumah seperti yang diarahkan oleh Kementerian Kesihatan Malaysia?	YA	TIDAK
6. Adakah anak/anak jagaan tuan/puan mempunyai ahlikeluarga yang tinggal serumah dengan Patient Under Investigation (PUI) atau Person Under Surveillance (PUS)?	YA	TIDAK
7. Adakah anak tuan/puan melancong ke kawasan yang berisiko dalam tempoh 14 hari? Jika YA, nyatakan tempat dilawati:	YA	TIDAK
8. Adakah anak tuan/puan pernah menghadiri majlis/perjumpaan yang dikaitkan dengan kes positif COVID-19?	YA	TIDAK

Dengan ini saya mengaku bahawa semua maklumat yang diberikan adalah benar.

Tandatangan Ibu bapa/Penjaga:

Tarikh:

Nota: Borang ini hendaklah diserahkan kepada pihak sekolah semasa pendaftaran masuk ke asrama

**BORANG KEBENARAN IBU/BAPA/PENJAGA
PELAKSANAAN UJIAN KENDIRI COVID-19**

Saya _____ *ibu/bapa/penjaga
kepada _____ dari
kelas/tingkatan _____ sekolah _____

***BERSETUJU/TIDAK BERSETUJU** untuk membenarkan pihak sekolah/Pejabat Pendidikan Daerah/Jabatan Pendidikan Negeri melaksanakan Ujian Kendiri COVID-19 kepada anak/anak jagaan saya berdasarkan keperluan dan ketetapan Kementerian Pendidikan Malaysia.

Tandatangan *Ibu/Bapa/Penjaga :

No. Kad Pengenalan :

Tarikh :

Sekiranya tidak bersetuju untuk melaksanakan Ujian Kendiri COVID-19, sila nyatakan sebab:
