



BORANG PERAKUAN KESIHATAN

BUTIRAN PERIBADI

NAMA PELAJAR : _____

NO. KAD PENGENALAN : _____ NO. TEL : _____

NO. PENDAFTARAN : _____ NO. BILIK : _____

SESI : _____

ADAKAH ANDA MENGHIDAP / PERNAH MENGALAMI MASALAH KESIHATAN BERIKUT :

	YA	TIDAK
a) Kecederaan serius		
b) Alahan kepada ubatan		
c) Asma / lelah		
d) Darah Tinggi		
e) Kencing Manis		
f) Sakit Jantung		
g) Gangguan Mental		
h) Kemurungan		
i) Sawan		
j) Batuk Kering (TB)		
k) Penyakit Paru-paru Kronik		
l) Lain-lain (nyatakan)		

Saya mengakui bahawa maklumat di atas adalah benar.

Tandatangan

()

Tarikh : _____