

BORANG DEKLARASI KESIHATAN PESERTA
MAJLIS SUKAN SEKOLAH DAERAH KOTA SETAR

NAMA PROGRAM: KEJOHANAN MERENTAS DESA MSSD KOTA SETAR 2024

NAMA PESERTA : NO. KP :

NAMA SEKOLAH :

MAKLUMAT PESERTA

Peserta yang mempunyai mana – mana atau menunjukkan tanda – tanda mengidap penyakit – penyakit berikut adalah dinasihati tidak menyertai program ini .

- | | | | | |
|---|-------|--------------------------|-------|--------------------------|
| 1. Penyakit ASMA | YA | <input type="checkbox"/> | TIDAK | <input type="checkbox"/> |
| 2. Pernah mengalami kepatahan / pembedahan
JIKA YA | YA | <input type="checkbox"/> | TIDAK | <input type="checkbox"/> |
| A) Bahagian Anggota Badan | | | | |
| B) Tarikh kecederaan/pembedahan | | | | |
| 3. Penyakit Paru-Paru | YA | <input type="checkbox"/> | TIDAK | <input type="checkbox"/> |
| 4. Penyakit Jantung | YA | <input type="checkbox"/> | TIDAK | <input type="checkbox"/> |
| 5. Kencing Manis | YA | <input type="checkbox"/> | TIDAK | <input type="checkbox"/> |
| 6. Alahan
JIKA YA | YA | <input type="checkbox"/> | TIDAK | <input type="checkbox"/> |
| A) Jenis Alahan (nyatakan) | | | | |
| 7. Lain-lain penyakit kronik
JIKA YA | YA | <input type="checkbox"/> | TIDAK | <input type="checkbox"/> |
| A) Jenis Penyakit (nyatakan) | | | | |

Saya mengaku maklumat yang diberikan di atas adalah benar. Saya dengan ini
MEMBENARKAN/TIDAK MEMBENARKAN anak jagaan saya untuk menyertai acara ini.

.....
(Tandatangan waris)

K/P:

Nama :

Tarikh :
