



ASRAMA KEBAJIKAN ANAK-ANAK YATIM/FAKIR MISKIN DARUL AKHYAR
LOT 3387, KAMPUNG MENGABANG KAPAL, MUKIM BATU RAKIT
21020 KUALA TERENGGANU, TERENGGANU.
NO. TEL : 09-6693834
NO. FAKS : 09-6693832

BORANG PERMOHONAN KEMASUKAN ASRAMA

I. MAKLUMAT PELAJAR

- a. Nama :
- b. No. K/P : c. Jantina :
- d. Status : (Yatim (kematian bapa) / Kematian Ibu / Miskin)**
- e. Tempat Lahir :
- f. Alamat :
-
- g. Nama Sekolah Asal :
- h. Keputusan / Kelulusan Akademik : -

UPSR	PMR	SPM

II. MAKLUMAT IBU/BAPA/PENJAGA**

- a. Nama Ibu/ Penjaga :
- b. No. Kad Pengenalan :
- c. Alamat Sekarang :
-
- d. No. tel. yang boleh dihubungi : (H/P)..... (R)
- e. Pekerjaan : f. Pendapatan : RM(sebulan)
- g. Jumlah tanggungan : orang

Bil.	Nama	No. K/P @ S/B	Umur	Sekolah

**Sila potong yang tidak berkenaan

***Sila lampirkan helaian lain sekiranya ruang di kotak "Jumlah Tanggungan" tidak mencukupi



ASRAMA KEBAJIKAN ANAK-ANAK YATIM/FAKIR MISKIN DARUL AKHYAR
LOT 3387, KAMPUNG MENGABANG KAPAL, MUKIM BATU RAKIT
21020 KUALA TERENGGANU, TERENGGANU.
NO. TEL : 09-6693834
NO. FAKS : 09-6693832

AKUAN KESIHATAN PELAJAR

(Pengakuan ini dibuat oleh ibu / bapa / penjaga / waris)**

Nama Ibu / Penjaga :
No. Kad Pengenalan :
Hubungn (jika Penjaga) :
Alamat Terbaru :
.....
.....
No. Telefon :
Nama Pelajar :
No. Sijil Kelahiran :
No. Kad Pengenalan :

Saya seperti nama di atas dengan ini mengesahkan bahawa anak / jagaan saya ini TIDAK PERNAH / PERNAH menghidap jenis-jenis penyakit seperti di bawah ini. Dengan ini mengaku bahawa segala keterangan dibawah adalah benar dan akan menanggung segala akibat / tindakan undang – undang sekiranya membuat akuan palsu dan permohonan saya akan terbatal. SILA TANDAKAN (/) PADA PETAK YANG BERKENAAN :

BIL.	JENIS-JENIS PENYAKIT	TIDAK PERNAH Menghidap penyakit berikut	PERNAH Menghidap penyakit berikut
1	Lemah Jantung		
2	Jantung Berlubang		
3	Darah Tinggi		
4	Kencing Manis		
5	Alahan (allergy) nyatakan :		
6	Migraine		
7	Lelah (asthma)		
8	Pekak		
9	Pitam		
10	Sawan (Epilepsy)		
11	Rabun (yang serius)		
12	Rabun Warna		
13	Lain-Lain (nyatakan) :		

(Penting : PIHAK PENTADBIRAN TIDAK BOLEH DIPERTANGGUNGJAWABKAN ATAS SEBARANG PERKARA BERLAKU DARIPADA MAKLUMAT KESIHATAN PELAJAR YANG TIDAK BENAR)

Tandatangan : Tarikh :
Nama Ibu/ Bapa/ Penjaga/ Waris :



ASRAMA KEBAJIKAN ANAK-ANAK YATIM/FAKIR MISKIN DARUL AKHYAR
LOT 3387, KAMPUNG MENGABANG KAPAL, MUKIM BATU RAKIT
21020 KUALA TERENGGANU, TERENGGANU.
NO. TEL : 09-6693834
NO. FAKS : 09-6693832

AKUAN PENDAPATAN

Saya No.K/P :
sebagai Ibu/ Bapa/ Penjaga kepada
No.K/P : dengan ini mengaku bahawa segala keterangan
dibawah adalah benar dan akan menanggung segala akibat / tindakan undang – undang sekiranya
membuat akuan palsu dan permohonan saya akan terbatal.

MAKLUMAT BAPA/PENJAGA

MAKLUMAT IBU

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| a. Nama : | a. Nama : |
| b. No. K/P : | b. No. K/P : |
| c. Alamat : | c. Alamat : |
| | |
| | |
| d. Warganegara : | d. Warganegara : |
| e. Pekerjaan : | e. Pekerjaan : |
| f. Majikan : | f. Majikan : |
| g. Pendapatan : RM | g. Pendapatan : RM |

Jumlah Pendapatan : RM

.....
(Tandatangan Ibu/Bapa/Penjaga/ Waris)

Nama :

No. K/P :

PENGESAHAN

**Pengesahan mestilah dibuat oleh Penghulu Mukim / Pengerusi JKKK kawasan setempat sahaja*

Dengan ini disahkan bahawa pengakuan di atas adalah benar dan dibuat di hadapan saya.

Tarikh :

.....
(Tandatangan & Cop Rasmi
Pengkulu Mukim / Pengerusi JKKK)



ASRAMA KEBAJIKAN ANAK-ANAK YATIM/FAKIR MISKIN DARUL AKHYAR
LOT 3387, KAMPUNG MENGABANG KAPAL, MUKIM BATU RAKIT
21020 KUALA TERENGGANU, TERENGGANU.

NO. TEL : 09-6693834
NO. FAKS : 09-6693832

ULASAN PENTADBIRAN

Permohonan ini diterima / ditolak ** untuk penempatan di Asrama Kebajikan Anak-
Anak Yatim / Fakir Miskin Darul Akhyar mulai

.....
(Nama & Cop Jawatan)

Tarikh :