

SENARAI SEMAKAN DOKUMEN YANG PERLU DIBAWA SEMASA DI FAKULTI

Dokumen yang perlu dibawa semasa hadir ke Fakulti adalah seperti berikut:
(Pastikan dokumen yang dibawa mengikut susunan senarai semakan)

- Dokumen Asal
- Salinan Dokumen

DOKUMEN ASAL SEPERTI BERIKUT:

1.	Surat Tawaran yang dicetak dari laman web http://istudent.uitm.edu.my/intake	
2.	Borang Maklumat Pelajar Baru bertampal gambar	
3.	Borang Pengesahan Akaun Pendapatan	
4.	Bil Bayaran Yuran Pelajar yang telah dijelaskan	
5.	Kad Pengenalan pelajar	
6.	Surat Pengesahan suntikan typhoid daripada pegawai perubatan (yang berkenaan sahaja)	
7.	Dokumen sokongan yang berkaitan (jika ada)	

SALINAN DOKUMEN SEPERTI BERIKUT:

1.	Salinan Kad Pengenalan pelajar, ibu dan bapa	
2.	Salinan Sijil Kelahiran pelajar, ibu dan bapa	
3.	Salinan SPM/SPMV/setaraf (bagi calon semua program)	
4.	Salinan STPM/ Asasi/ Matrikulasi/ setaraf	
5.	Salinan Penyata Pendapatan Terkini Ibu dan Bapa/ Surat Pengesahan Pendapatan Terkini Ibu dan Bapa/ Penyata Pencen Terkini Ibu dan Bapa	
6.	Salinan testimonial/ kegiatan kokurikulum di peringkat sekolah/ daerah/ negeri/ negara dan PLKN (sekiranya ada) bagi pelajar Fakulti Sains Sukan dan Rekreasi sahaja	

Nota:

- Dokumen salinan (1-6) hendaklah disediakan dengan menggunakan kertas bersaiz A4 dan perlu mendapat pengesahan daripada Pegawai Kerajaan Kumpulan A/ Pengetua/ Gurubesar/ Guru Penolong Kanan/ Wakil Rakyat/ Penggawa /Penghulu/ Ketua Kampung/ Pengerusi JKKK(Jawatankuasa Kemajuan dan Keselamatan Kampung)/ Ketua Kaum/ Ketua Anak Negeri.
- Semua pegawai atau saksi hendaklah warganegara Malaysia yang bermastautin di Malaysia. Cop pegawai atau saksi hendaklah mempunyai nama dan jawatan pegawai serta jabatan atau alamat dimana pegawai bertugas.

SENARAI SEMAKAN DOKUMEN YANG PERLU DIHANTAR KE PUSAT KESIHATAN UiTM

Dokumen yang perlu dibawa semasa hadir ke Pusat Kesihatan UiTM adalah seperti berikut:

1.	Laporan Pemeriksaan Kesihatan dan Filem X-Ray	
----	---	--

PERHATIAN

Borang ini hendaklah diserahkan semasa pendaftaran. Tuliskan dengan pen mata bulat (ball pen) dalam HURUF BESAR.

BPP - 02(Pin. 11)



**LEKATKAN
GAMBAR
DISINI**

BORANG MAKLUMAT PELAJAR BARU

KOD PROGRAM YANG DITAWARKAN _____

KAMPUS _____

NO. PELAJAR _____

I. MAKLUMAT PERIBADI

Nama Penuh : _____

Alamat : _____

No. Kad Pengenalan : _____
Warna : _____
Tarikh Lahir/Negeri : _____
Jantina : _____
Agama : _____
Bangsa : _____
Warganegara : _____
Taraf Perkahwinan : _____
Telefon bimbit : _____
Telefon rumah : _____

II. MAKLUMAT IBU/BAPA/PENJAGA

Nama Ibu/Bapa/Penjaga : _____
No. Kad Pengenalan : _____
Warna : _____
Bangsa (sepertimana tercatat dalam sijil kelahiran) : _____
Pekerjaan dan Nama Majikan : _____

No. Telefon Rumah : _____
No. Telefon Bimbit : _____
No. Telefon Pejabat : _____
Pendapatan : _____

III. *WARIS YANG BOLEH DIHUBUNGI SEMASA KECEMASAN

1. Nama : _____
Alamat : _____

Hubungan : _____ Tel: _____
2. Nama : _____
Alamat : _____

Hubungan : _____ Tel: _____

IV. PENGESAHAN/PENGAUKUAN

Saya mengakui segala maklumat di atas adalah benar. Sekiranya maklumat yang diberikan tidak benar, saya bersedia menerima tindakan dari pihak UiTM.

Tarikh: _____ Tandatangan Pelajar: _____



LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN
REPORT OF HEALTH EXAMINATION

**LEKATKAN
GAMBAR
ANDA DISINI/
Photo**

Untuk diisi oleh pemohon dan diserahkan pada hari pendaftaran
To be completed by candidate and submit on the registration day.

Bahagian 1/Part 1

Sesi Kemasukan/Intake

Kod Program/Course Code

Seperti dalam surat tawaran/As in offer letter

Kampus/Campus

No. Pelajar/Registration No.

Nama Penuh/Full Name

No. Kad Pengenalan/Passport/Identity Card/Passport No:

Kewarganegaraan/Nationality

Tarikh Lahir/Birthdate

Jantina/Sex

Taraf Perkahwinan/Marital Status

Nama Ibu/Bapa/Penjaga/Name of Guardian

Alamat Ibu/Bapa/Penjaga/Postal Address

No. Telefon Rumah/Bimbit/No. Telefon Pejabat/House Phone No/Handphone No/Office Telephone No

agian 2 – Sila tandakan (/) dalam kotak berkenaan

Part 3 – Please tick (/) the relevant box

PENGAKUAN PERIHAL PENYAKIT SENDIRI DAN KELUARGA <i>(Certification of Own and Family Illness)</i>			
	Sendiri <i>Self</i>	Keluarga <i>Family</i>	Kalau 'ada' terangkan di bawah <i>If 'yes' please state disease & treatment received</i>
Penyakit Teruk <i>(Serious illness)</i>			
Pembedahan <i>(Operation)</i>			
Batuk Kering <i>(Tuberculosis)</i>			
Kencing Manis <i>(Diabetes)</i>			
Penyakit Otak <i>(Mental Illness)</i>			
Lemah Jantung, Penyakit Saluran Darah, Darah Tinggi <i>(Heart/Arterial Disease)</i>			
Lelah atau Alahan <i>(Asthma or Allergy)</i>			
Penagihan Dadah <i>(Drug Addiction)</i>			
HIV/AIDS			
Kanser <i>(Canser)</i>			
Buah Pinggang <i>(Kidney Disease)</i>			
Kecacatan anggota			
Lain-lain Penyakit <i>(Other illness)</i>			

Saya dengan ini mengaku segala maklumat kesihatan yang diberi di atas adalah benar
(I hereby certify that the information given above is correct)

Tandatangan
(Signature of Candidates)

Bahagian 3 Part 3

UNTUK DIISI OLEH DOKTOR YANG MEMERIKSA
TO BE FILLED BY EXAMINING DOCTOR

Tandakan yang berkaitan _____
Tick as relevant

1. Pemeriksaan Air Kencing/Examination of Urine

Gula/Sugar

Albumin

Microscopy _____

Bahagian 4 Part 4

UNTUK DIISI OLEH DOKTOR YANG MEMERIKSA
TO BE FILLED BY EXAMINING DOCTOR

Tandakan yang berkaitan
Tick as relevant

1. Pemeriksaan Umum / General Examinations

Tinggi/Height cm Berat/Weight kg

Nadi/Pulse BP mmHg

a) PALLOR

b) CYNOSIS

c) OEDEMA

d) JAUNDICE

e) LYMPHNODES

f) SKIN _____

2. Pemeriksaan Mata
Examination of eye

Kanan kiri Catatan Doktor

a) Penglihatan tanpa kacamata _____
Unaided vision

b) Penglihatan dengan kacamata _____
Aided vision

c) Fundoscopy _____

d) Penglihatan warna _____
Colour vision

3. Pemeriksaan telinga
Examination of ears

NORMAL
 ABNORMAL _____

4. Ruang Mulut
Oral Cavity

NORMAL
 ABNORMAL _____

5. Jantung
Heart

NORMAL
 ABNORMAL _____

6 a. Sistem Respiratori
Respiratory System

NORMAL
 ABNORMAL _____

b. * X-Ray

NORMAL
ABNORMAL

- Lampiran X-Ray dada serta laporan (filem besar)/Attach chest X-Ray and report (large film)

Tarikh X-Ray/Date X-Ray

No. Rujuk X-Ray

X-Ray Ref. No.

Tempat/Place

7. **Abdomen & Rongga Herna**
Abdomen & Hernial Orifices

NORMAL
ABNORMAL

8. **Sistem Saraf dan Mental/**

NORMAL

Nervous System & Mental Condition

ABNORMAL

9. **Sistem Muskuloskeletal/**
Muskuloskeletal System

NORMAL
ABNORMAL

10. **Lain-lain/others**

NORMAL
ABNORMAL

Bahagian 5 Part 5

PENGESAHAN DOKTOR/CERTIFICATION BY DOCTOR

Sila tandakan di dalam kotak berkenaan. *Please tick in the appropriate box.*

Saya mengesahkan bahawa pada hari ini saya telah memeriksa / *I certify that on this day I have examine* _____

No K/P/I/C No: _____ dan mendapati bahawa / *and found that*

Beliau tidak mengidap apa-apa penyakit dan disahkan sihat

The above name is in good health

Beliau mengidap

The above name has _____

Beliau sedang mendapat rawatan

The above name is undergoing treatment _____

Tarikh : _____
Date

Tandatangan Doktor _____
Signature of Doctor

Nama Doktor _____
Name of Doctor

Kelulusan & Cop Rasmi Klinik _____
Qualification & official stamp of clinic

BAHAGIAN 6/PART 6

Nama	:	_____
No Pelajar	:	_____
No IC / Paspot	:	_____
Kod Program	:	_____

PERAKUAN KEBENARAN BIUS (ANAESTHESIA) DAN PEMBEDAHAN
AUTHORISATION FOR ANAESTHESIA AND SURGICAL PROCEDURE

Pegawai Kesihatan/Perubatan

Medical Officer/Student Health Physician

UNIVERSITI TEKNOLOGI MARA

40450 SHAH ALAM

SELANGOR DARUL EHSAN.

Saya _____ Nombor Kad
Pengenalan _____ bapa/lbu/penjaga kepada (Nama Calon)

Dengan ini memberi kuasa kepada tuan untuk menandatangani kebenaran bagi pihak saya, jika pada pandangan doktor yang calon ini memerlukan rawatan bius (anesthesia) atau/dan pembedahan, sedangkan saya tidak dapat hadir pada masa yang diperlukan.

Hereby authorize the medical officer to sign on my behalf for anaesthesia or carry out a surgical procedure on the applicant in my absence in the event of an emergency as confirmed by the attending doctor, when required.

Saya tidak akan mendakwa atau mengambil sebarang tindakan terhadap UiTM jika berlaku sebarang kemungkinan yang timbul daripada prosedur tersebut.

I will absolve the UiTM of any claims or responsibilities from any unfavourable consequences which may arise from the said procedure.

Nama Bapa/Ibu/Penjaga

Name of Father/Mother/Guardian

Alamat

Address

Nombor Telefon: _____

Telefon No :

Yang benar

Yours Faithfully

Tandatangan Bapa/Ibu/Penjaga

Signature of Father/Mother/Guardian

Tarikh : _____

Date :

BORANG PENGESAHAN AKUAN PENDAPATAN

Rujukan :
Tarikh :

Sesiapa yang berkenaan

Tuan/Puan

PENGESAHAN AKUAN PENDAPATAN

Nama: _____

No. Kad Pengenalan: _____

Pekerjaan: _____

Pendapatan: _____/bulan

Tanggungjawab:

Bil	Nama	Hubungan	Umur	Sek/Kolej/IPT

Bahawasanya saya _____mengaku semua maklumat yang diberikan di atas adalah benar dan sekiranya didapati maklumat ini didapati tidak benar maka pihak UiTM berhak membatalkan apa jua urusan yang berkaitan dengannya.

Yang benar

Disahkan oleh:

T/tangan: _____
Nama:

T/tangan: _____
Nama:
Cop/Jawatan:

Tarikh:

Tarikh:

- Peringatan**
1. Pengesahan hendaklah dibuat oleh Pegawai Profesional/Kategori A/Ketua Kampung/Penghulu/Penggawa/Pengerusi JKKK dan yang setaraf dengannya.
 2. Sila bawa dan serah borang akuan ini bersama salinan permohonan ke Kolej Kediaman atau Unit Pengurusan NR pada hari pendaftaran.