



SULIT (Jika Dilengkapi)
CONFIDENTIAL (When Filled)

BORANG PENGAKUAN
DECLARATION FORM

(Hendaklah dilengkapi oleh Peserta)
(To be completed and signed by Participant)

Saya pemegang Paspot/Kad Pengenalan
No. : dengan ini mengisytiharkan seperti berikut:
*I holder of Passport/Identity Card No. :
....., do hereby declare as follows:*

PENGISYTIHARAN KESIHATAN
MEDICAL DECLARATION

Semua maklumat dan keterangan mengenai kesihatan yang diberikan di **Borang A** adalah betul dan saya juga pada masa ini tidak menghidapi sebarang penyakit.

*All the medical information provided in **Form A** are true and complete; and I am currently not suffering any ailments or diseases.*

PENGAKUAN
UNDERTAKING

Saya akan mematuhi segala peraturan dan arahan *Scholarship Leadership Assessment (SLA)*. Saya juga akan memberi kerjasama serta mematuhi segala arahan Jawatankuasa SLA.

I shall comply with the Scholarship Leadership Assessment (SLA) regulations and directions. I shall also fully cooperate and comply with the instructions of the SLA Committee.

INDEMNITI & KEBENARAN PESERTA
INDEMNITY & CONSENT OF PARTICIPANT

Bahawasanya saya sama sekali tidak akan mempertanggungjawabkan Jawatankuasa SLA di atas segala kerosakan atau kehilangan hartabenda atau kecederaan atau kemalangan atau kematian yang mungkin dialami oleh saya sepanjang tempoh proses SLA dijalankan atau berkenaan dengan SLA. Saya juga sama sekali tidak akan mempertanggungjawabkan Jawatankuasa SLA dan bagi sebarang tuntutan oleh mana-mana pihak jika berlakunya sebarang kejadian yang tidak diingini ke atas saya sepanjang tempoh jangka waktu proses SLA dijalankan.

Dengan ini saya memahami semua perkara di atas dan saya akan bertanggungjawab ke atas keselamatan dan kesihatan sendiri.

I shall not hold the SLA Committee liable and responsible for any damages or loss of property of injuries or loss of life that maybe sustained by me during the period of SLA or arising in conjunction with the assessment. I also fully undertake to indemnify of the SLA Committee against any claims made by any parties in connection to any unfavourable occurrences that may arise during the period of my assessment.

I hereby understand the above-mentioned and I will be responsible for my safety and health.

.....		
Nama Peserta	Tandatangan	Tarikh
<i>Name of Participant</i>	<i>Signature</i>	<i>Date</i>

INDEMNITI & KEBENARAN IBU-BAPA/PENJAGA
INDEMNITY & CONSENT OF PARENT/GUARDIAN

(Hendaklah dilengkapi oleh Ibu-bapa/Penjaga)
(*To be completed and signed by Parent/Guardian*)

Bahawasanya saya pemegang Paspot/Kad Pengenalan No. : sama sekali tidak akan mempertanggungjawabkan Jawatankuasa SLA di atas segala kerosakan atau kehilangan hartabenda atau kecederaan atau kemalangan atau kematian yang mungkin dialami oleh anak saya (Nama Anak) (Pemegang Paspot / K/P No.) : sepanjang tempoh proses SLA dijalankan atau berkenaan dengan SLA. Saya juga sama sekali tidak akan mempertanggungjawabkan Jawatankuasa SLA dan bagi sebarang tuntutan oleh mana-mana pihak jika berlakunya sebarang kejadian yang tidak diingini ke atas anak saya sepanjang tempoh jangka waktu proses SLA dijalankan.

Dengan ini saya memahami semua perkara di atas dan saya akan bertanggungjawab ke atas keselamatan dan kesihatan anak saya.

I holder of Passport/Identity Card No. :
..... shall not hold the SLA Committee liable and responsible for any damages or loss
of property or injuries or loss of life that may be sustained by my child (Name of Child)
..... (holder of Passport / Identity Card No.) :
..... during the period of SLA or arising in conjunction with the assessment. I also fully
undertake to indemnify the SLA Committee against any claims made by any parties in connection to
any unfavourable occurrences that may arise during the period of my child assessment.

I hereby understand the above-mentioned and I shall be responsible for the safety and health of my
child.

.....
Nama Ibu-Bapa / Penjaga
Name of Parents / Guardian

.....
Tandatangan
Signature

.....
Tarikh
Date

*Jawatankuasa *Scholarship Leadership Assessment (SLA)* yang tersebut di atas adalah terdiri daripada
Kementerian Pertahanan, Kementerian Pendidikan, Kementerian Hal Ehwal Ugama dan Yayasan
Sultan Haji Hassanah Bolkiah.

**Scholarship Leadership Assessment Committee* above refers to Ministry of Defence, Ministry of
Education, Ministry of Religious Affairs and Yayasan Sultan Haji Hassanah Bolkiah.

SULIT (Jika Dilengkapi)
CONFIDENTIAL (When Filled)

Borang A
Form A

Sila Lengkapkan borang ini / Please fill in this form

Nama : _____
Name

No. K.P : _____
I.C No.

No Permohonan : _____
Application No.

Tinggi Peserta _____ **m,** **Berat Badan** _____ **kg,** **Tarikh suntikan Tetanus terakhir** _____
This applicant's Height Weight Date of last Tetanus Immunization

Adakah awda/ anak awda pernah mengalami keadaan kesihatan berikut: (jika ada sila jelaskan)

TIDAK/NO YAI/YES

Does the applicant have the following medical history: (if yes, please describe)

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Sakit Dada, Tekanan Darah Tinggi, Kurang Pendengaran misalan Jantung Mendesir, Denyutan Jantung Berlebihan, dll Keadaan / Chest Pain, High Blood Pressure, Heart Problems e.g Heart murmur, extra heart beat or other heart abnormality
(Keterangan/ Description) | ☐ | ☐ |
| b. Ampus, Jangkitan Paru-Paru, Batuk Kering, Resdung dll / Asthma, Bronchitis, Tuberculosis, Sinusitis, Other Lung Problems
(Keterangan/ Description) | ☐ | ☐ |
| c. Sawan, Epilepsi, Jatuh Pengan, Sakit Kepala Migraine, Cedera Dikepala / Fits, Epilepsy, Fainting Attacks, Migraine, Severe Head Injury
(Keterangan/ Description) | ☐ | ☐ |
| d. Masalah Mata, Kurang Penglihatan / Eye Problems, Poor Vision
(Keterangan/ Description) | ☐ | ☐ |
| e. Masalah Telinga, Kurang Pendengaran / Ear Problems, Deafness
(Keterangan/ Description) | ☐ | ☐ |
| f. Gangguan Saraf / Nervous Illness
(Keterangan/ Description) | ☐ | ☐ |
| g. Penyakit Kencing Manis / Diabetes
(Keterangan/ Description) | ☐ | ☐ |
| h. Alergi pasa Ubat-ubatan, Makanan atau Lain-Lain / Allergy to Medicines, Food or Others
(Keterangan/ Description) | ☐ | ☐ |
| i. Kecelakaan Tulang atau Sendi Tulang / Bone or Joint Injury
(Keterangan/ Description) | ☐ | ☐ |
| j. Status Pembawa sebarang Penyakit Berjangkit / A Carrier Status for any Infectious Disease
(Keterangan/ Description) | ☐ | ☐ |
| k. Rawatan Perubatan 2 tahun yang lepas / Medical Treatment within the last two years
(Keterangan/ Description) | ☐ | ☐ |
| l. Sedang Mengandung (Untuk Perempuan) / In Pregnancy (For Female)
(Keterangan/ Description) | ☐ | ☐ |

Adakah calon peserta memerlukan: (jika ya, sila jelaskan)

Does the applicant require the following: (if yes, please describe)

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| m. Pengambilan Ubat-Ubatan Rutin / Routine Medication
(Keterangan/ Description) | ☐ | ☐ |
| n. Makanan Khusus / Special Diet
(Keterangan/ Description) | ☐ | ☐ |

PENGISYTIHAHAN KESIHATAN / MEDICAL DECLARATION

**potong yang tidak berkenaan / delete where not applicable*

Saya mengisytiharkan semua maklumat dan keterangan mengenai kesihatan yang diberikan diatas adalah betul. Saya mengaku bahawa

**saya / anak saya adalah SIHAT untuk mengikuti kegiatan-kegiatan Scholarship Leadership Assessment*

*I hereby declare that the medical information provided above are true and fully certify *my self/ my child FIT to participate in the activities of Scholarship Leadership Assessment*

Nama/ Name : _____

Tandatangan/ Signature: _____

Tarikh/ Date : _____