
SURAT MEMBERI KUASA MENJALANKAN PEMBEDAHAN
(Diisi dalam 2 salinan sahaja)

Nama (ibu/bapa/penjaga*):.....

Tarikh:

KEPADA SESIAPA YANG BERKENAAN

Memberi Kuasa Menjalankan Rawatan/Pembedahan

SayaNo. KP.....ibu/bapa/penjaga* kepadaKP..... pelajar Institut Perguruan..... bersetuju memberi kuasa, tanpa sebarang syarat, kepada Pengarah atau wakilnya yang sah iaitu Timbalan Pengarah, Ketua Jabatan Hal Ehwal Pelajar, Penolong Pegawai Tadbir, Penyelia Asrama, Warden atau pensyarah untuk menandatangani surat kepada Pegawai Perubatan, Hospital Kerajaan/Swasta untuk menjalankan rawatan/pembedahan ke atas anak/jagaan saya yang tercatat namanya di atas jika dikehendaki.

Saya yang benar,

.....
Tandatangan Ibu/Bapa/Penjaga

Nama (HURUF BESAR) : _____

No. Kad Pengenalan: _____

.....
Tandatangan Saksi

Nama (HURUF BESAR): _____

No. Kad Pengenalan: _____

Cop:

(Saksi: Pengetua/Guru Besar sekolah bantuan penuh kerajaan/Penghulu/Jaksa Pendamai/Ahli Parlimen/Ahli Dewan Undangan Negeri/Ahli Majlis Tempatan/Pegawai Kerajaan Kumpulan A)

* Potong yang tidak berkenaan