

**BORANG PENGISYTIHARAN KESIHATAN**

Nama Penuh Murid:
Tingkatan :
No Kad Pengenalan:
Nama Ibu bapa/Penjaga:
No Tel:

1. Adakah anak tuan/puan mengalami gejala-gejala berikut:

Demam (Suhu badan.....)	Ya	Tidak
Batuk	Ya	Tidak
Selesema	Ya	Tidak
Sakit Tekak	Ya	Tidak
Sesak Nafas	Ya	Tidak
Sakit Dada	Ya	Tidak
Menggigil	Ya	Tidak
Hilang Deria Rasa	Ya	Tidak
Lain lain:		

2. Adakah anak tuan/puan pernah disahkan positif COVID-19? Ya Tidak

3. Adakah anak tuan/puan mempunyai kontak rapat dengan individu yang disahkan positif COVID-19? Ya Tidak

4. Adakah anak tuan/puan mempunyai kontak rapat kepada individu yang sedang menjalani kuarantin di rumah? Ya Tidak

5. Adakah anak tuan/puan sedang menjalani Perintah Kawalan Kuarantin di rumah seperti yang diarahkan oleh Kementerian Kesihatan Malaysia? Ya Tidak

6. Adakah anak tuan/puan mempunyai ahli keluarga yang tinggal serumah dengan *Patient Under Investigation (PUI)* atau *Person Under Surveillance (PUS)*? Ya Tidak

7. Adakah anak tuan/puan melancong ke kawasan yang berisiko dalam tempoh 14 hari? Ya Tidak
Jika YA, nyatakan tempat dilawati:
Tarikh :

8. Adakah anak tuan/puan pernah menghadiri majlis/perjumpaan yang dikaitkan dengan kes positif COVID-19? Ya Tidak

Dengan ini saya mengaku bahawa semua maklumat yang diberikan adalah benar.

Tandatangan Ibu bapa/Penjaga:

Tarikh:

Nota: Borang ini hendaklah diserahkan kepada pihak sekolah semasa pendaftaranmasuk ke asrama