



KEMENTERIAN PENDIDIKAN MALAYSIA

**SEKOLAH MENENGAH SAINS KUBANG PASU
BATU 19, JALAN KODIANG,
06000 JITRA,
KEDAH DARUL AMAN**



No. Tel. : 04-925 7855
No. Faks : 04-925 7844
Emel : KEA4068@moe.edu.my
Kod Sekolah : KEA 4068

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

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

Demam (Suhu badan:.....)	Ya	Tidak
Batuk	Ya	Tidak
Sakit Tekak	Ya	Tidak
Selesema	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 <i>Patient Under Investigation</i> (PUI) atau <i>Person Under Surveillance</i> (PUS)? | Ya | Tidak |
| 7. | Adakah anak tuan/puan melancong ke kawasan yang berisiko dalam tempoh 14 hari? | Ya | Tidak |
| 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 Bapa/Ibu/Penjaga

Tarikh:

Nota:

Borang ini hendaklah diserahkan kepada pihak sekolah semasa pendaftaran masuk ke asrama