

**BORANG KEBENARAN IBU/BAPA/PENJAGA
PELAKSANAAN UJIAN KENDIRI COVID-19**

Saya _____ *ibu/bapa/penjaga
kepada _____ dari
kelas/tingkatan _____ sekolah _____

***BERSETUJU/TIDAK BERSETUJU** untuk membenarkan pihak sekolah/Pejabat Pendidikan Daerah/Jabatan Pendidikan Negeri melaksanakan Ujian Kendiri COVID-19 kepada anak/anak jagaan saya berdasarkan keperluan dan ketetapan Kementerian Pendidikan Malaysia.

Tandatangan *Ibu/Bapa/Penjaga : _____

No. Kad Pengenalan : _____

Tarikh : _____

Sekiranya tidak bersetuju untuk melaksanakan Ujian Kendiri COVID-19, sila nyatakan sebab:

BORANG PENGISYTIHARAN KESIHATAN

Nama Penuh Murid:

Tingkatan:

Sekolah:

No Kad Pengenalan:

Nama Ibu bapa/Penjaga:

No Tel:

1. Adakah anak/anak jagaan 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/anak jagaan tuan/puan pernah disahkan positif COVID-19?

Ya Tidak

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

Ya Tidak

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

Ya Tidak

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

Ya Tidak

6. Adakah anak/anak jagaan tuan/puan mempunyai ahlikeluarga 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 pendaftaran masuk ke asrama

8. Mempunyai imuniti yang rendah (*immunocompromised*) termasuk:
- di bawah rawatan steroid.
 - mempunyai kanser dan sedang dalam rawatan kanser.
 - mempunyai penyakit HIV/AIDS yang tidak terkawal.
 - menjalani pemindahan organ dalam masa terdekat (1 hingga 2 tahun).
 - sedang dalam pengambilan ubat-ubatan yang boleh menyebabkan imuniti badan yang rendah.

YA	TIDAK

D. KESEDARAN MURID MENGENAI COVID-19 DAN PENJAGAAN KEBERSIHAN KENDIRI

Kesedaran dan kefahaman mengenai COVID-19 serta keupayaan MBK untuk melaksanakan langkah kebersihan adalah penting bagi mencegah jangkitan COVID-19.

- Mencuci tangan dengan kerap dengan menggunakan air dan sabun atau pensanitasi tangan.
- Memakai pelitup muka.
- Mengamalkan penjarakan fizikal sekurang-kurangnya satu (1) meter.
- Mengelak daripada menyentuh bahagian muka dengan kerap.
- Mengelak daripada berkongsi cawan, perkakas makanan, makanan dan minuman dengan orang lain.
- Menjaga kebersihan diri tanpa bantuan (mengelap air liur meleleh, boleh berdikari pergi ke tandas, mengelap hingus dan lain-lain yang melibatkan kontak rapat).

YA	TIDAK

E. PERAKUAN IBU BAPA/PENJAGA

Saya memperaku dan mengisytiharkan bahawa maklumat kesihatan yang diberikan berkenaan anak/anak jagaan saya adalah **BENAR** bagi melindungi serta menjamin keselamatan anak/anak jagaan saya atau orang lain daripada risiko jangkitan COVID-19 semasa berada di kawasan sekolah.

<p>Diperakukan oleh,</p> <p>Tandatangan:</p> <p>Nama:</p> <p>(Ibu bapa/Penjaga)</p> <p>Tarikh:</p>	<p>Disahkan oleh,</p> <p>Tandatangan dan cop rasmi:</p> <p>Nama:</p> <p>(Pengetua/Guru Besar/Guru Penolong Kanan/ Penyelaras Pendidikan Khas)</p> <p>Tarikh:</p>
---	---



KEMENTERIAN PENDIDIKAN MALAYSIA

BORANG DEKLARASI SARINGAN COVID-19

PEPERIKSAAN: _____ **TAHUN:** _____

Nama: _____

No.Kad Pengenalan: _____

Angka Giliran: _____

No. Telefon: _____

No. Telefon Waris: _____

Panduan: Sila lengkapkan semua bahagian.

RISIKO (TANDAKAN ✓)		YA	TIDAK
1.	Adakah anda baru balik dari melawat LUAR NEGARA dalam tempoh 14 hari yang lepas? Jika YA, nyatakan negara yang dilawati: _____		
2.	Adakah anda pernah menghadiri acara atau mengunjungi mana-mana tempat yang melibatkan kes yang disyaki atau positif COVID-19 dalam tempoh 14 hari yang lepas?		
3.	Adakah anda ada KONTAK RAPAT dengan individu disahkan positif COVID-19 dalam tempoh 14 hari yang lepas?		
	a. Bekerja/bersemuka dalam ruang tertutup yang sama, dalam jarak kurang dari 1 meter melebihi 15 minit?		
	b. Menaiki kenderaan yang sama melebihi 2 jam dalam jarak 2 kerusi (2 meter) dari individu positif COVID-19?		
	c. Tinggal serumah dengan individu yang disahkan positif COVID-19?		
	d. Berada bersama di dalam bilik tertutup yang menggunakan pendingin hawa lebih dari 2 jam?		
e. Memberi rawatan atau melawat pesakit positif COVID-19 tanpa menggunakan alat perlindungan diri yang sesuai?			
4.	Adakah anda melakukan Ujian Calitan (Swab Test)? Jika Ya, nyatakan: Tarikh Ujian Calitan: _____ Keputusan Ujian Calitan: _____		
5.	Adakah anda menjalani kuarantin? Jika Ya, nyatakan tarikh tamat tempoh kuarantin? _____		
6.	Adakah anda mempunyai gejala-gejala berikut?		
	a. Demam		
	b. Batuk		
	c. Selesema		
	d. Sakit tekak		
e. Sesak nafas			

Tandatangan Calon: _____

Tarikh: _____

Sila serahkan borang ini kepada Ketua Pengawas Peperiksaan pada setiap hari anda hadir di pusat peperiksaan.
Terima kasih atas kerjasama dan kejujuran anda melengkapkan borang dengan maklumat yang tepat.