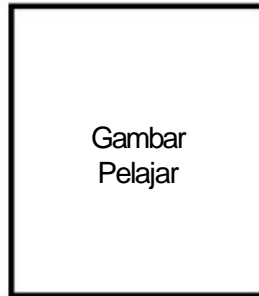


UNIVERSITI TENAGA NASIONAL



BUKU PENDAFTARAN PELAJAR BARU

Nama Pelajar : _____

No. Kad Pengenalan: _____

No. Pelajar: _____

AMARAN

Penarikan balik tawaran masuk ke UNITEN boleh diambil kepada mana-mana pelajar yang didapati memberi maklumat yang tidak benar.

Contohnya seperti:-

- Tidak memaklumkan kelayakan yang sebenar
- Tidak mengisytihar pernah belajar di mana-mana pusat pengajian tinggi dan memberi sebab-sebab berhenti yang tidak benar
- Berselindung taraf sebenar kewarganegaraan dan bangsa

UNIT ENROLMEN (PEJABAT PENDAFTAR)



UNIVERSITI TENAGA NASIONAL

**SURAT AKUAN KEBENARAN MENYAMPAIKAN MAKLUMAT PELAJAR DAN
AKADEMIK**

Nama: _____

No. Pelajar : _____ No. Kad Pengenalan/No. Pasport : _____

Program Pengajian : _____

Alamat Tetap : _____

No.Telefon Rumah : _____

Tarikh : _____

No.Telefon Bimbit : _____

Kepada,

Pendaftar
Universiti Tenaga Nasional

Tuan,

**MAKLUMAT PELAJAR DAN AKADEMIK/LAPORAN KEMAJUAN PELAJAR/
LAPORAN PERUBATAN DAN KESIHATAN**

Saya dengan ini memberi kebenaran kepada pihak Universiti Tenaga Nasional menyampaikan data peribadi saya/ anak saya, maklumat akademik dan/atau laporan kemajuan saya/anak saya bagi setiap semester dan/atau maklumat perubatan dan kesihatan saya/ anak saya untuk semua tujuan yang berkaitan dengan perjanjian, pendidikan, pentadbiran, pemantauan kehadiran dan lain-lain aktiviti yang sah dilaksanakan berkaitan dengan perkhidmatan yang diberikan oleh UNITEN

Terima kasih.

Yang benar,

Tandatangan Pelajar

Nama:

No. Kad Pengenalan:

Tarikh:

*Tandatangan Ibu/Bapa/Penjaga

Nama:

No. Kad Pengenalan:

Tarikh:

(* Untuk diisi oleh pelajar di bawah
18 tahun sahaja)



UNIVERSITI TENAGA NASIONAL

SURAT AKUAN JANJI KEBENARAN MENYERTAI AKTIVITI/PROGRAM ANJURAN UNIVERSITI

Adalah saya : _____
(Sila gunakan huruf besar)

No. Kad Pengenalan : _____ *ibubapa / penjaga kepada

pelajar bernama : _____
(Sila gunakan huruf besar)

No.Kad Pengenalan : _____

- mengizinkan *anak/jagaan saya mengambil bahagian dalam sebarang kegiatan kurikulum dan ko-kurikulum anjuran Universiti Tenaga Nasional atau mana-mana pertubuhan pelajar Universiti Tenaga Nasional di dalam atau di luar kampus, sepanjang tempoh pengajian mereka.
- saya dengan ini mengaku janji untuk tidak mengambil sebarang tindakan termasuk tindakan undang-undang sekiranya berlaku perkara-perkara yang tidak diingini akibat daripada penyertaan pelajar di dalam aktiviti yang dinyatakan di atas.

Sekian, terima kasih.

(Tandatangan *Ibubapa/Penjaga)

Alamat :

No.Telefon Rumah : _____ No. Telefon Pejabat : _____

Nota: (*) Sila potong yang tidak berkenaan



UNIVERSITI TENAGA NASIONAL

SURAT AKUAN PERSETUJUAN RAWATAN PERUBATAN

Adalah saya : _____
(Sila gunakan huruf besar)

No. Kad Pengenalan : _____ *ibubapa / penjaga kepada

pelajar bernama : _____
(Sila gunakan huruf besar)

- mengizinkan pihak Universiti Tenaga Nasional menjalankan pemeriksaan kesihatan atau perubatan ke atas *anak/jagaan saya jika tindakan sedemikian didapati perlu oleh pihak Universiti Tenaga Nasional, serta
- bersetuju mewakili Naib Canselor atau wakil-wakilnya untuk menandatangani bagi pihak diri saya surat keizinan yang diperlukan oleh doktor di mana-mana pusat kesihatan menggunakan ubat bius dan melakukan pembedahan ke atas *anak/jagaan saya, apabila berlaku kecemasan yang memerlukan tindakan serta merta, dan
- saya berjanji tidak akan mengambil tindakan undang-undang jika berlaku perkara-perkara yang tidak diingini akibat daripada tindakan Universiti Tenaga Nasional.

Sekian, terima kasih.

(Tandatangan *Ibubapa/Penjaga)

Alamat :

No. Telefon Rumah : _____ No. Telefon (Pejabat) : _____

E-mel : _____ No. Telefon Bimbit : _____

Nota: (*) Sila potong yang tidak berkenaan



**UNIVERSITI TENAGA NASIONAL
BORANG PEMERIKSAAN KESIHATAN**

**MEDICAL EXAMINATION FOR ENTRY INTO
UNIVERSITI TENAGA NASIONAL**

PART 'A'

The candidate is required to complete Part 'A' of this form and the Examining Physician will fill in Part 'B'.
Suppression or falsification of facts will incur the risk of loss of placement.

NAME (Block letters):

ADDRESS:

DATE OF BIRTH: AGE: I.C. NO./: RACE:

NATIONALITY: MARRIED OR SINGLE:

Have you ever suffered: ("Yes" or "No" MUST be answered to each question. A tick or X will not be accepted)

Pleurisy or Asthma		Spitting of Blood		Nervous or Mental Disorder	
Fits or Fainting Attacks		Rupture		Malaria or Dysentery	
Other Disease or Serious Injury					

Are there any members of your family or near relatives who have suffered from Tuberculosis, fits or insanity?

I declare that the answers given above are true and complete.

Date:.....

Signature:.....

PART "B"

PHYSICIAN'S REPORT

Height:	Weight:	General Condition:
Circulatory System: Pulse		Any Clinical Enlargement:
Blood Pressure:	Systolic:	Diastolic:
Respiratory System: Chest X - Ray		
Nervous System:	Vision Acuity:	
Tendon Reflexes:	Colour Blindness:	
Reflexes:		
Alimentary System: Any Enlargement of Spleen or Liver:		Any Rupture:
Genito-Urinary System: Urine	Hernial Orifices:	

Comments regarding further examination or recommendations.

I hereby certify that I have examined.....

I find him/her Fit unfit for placement in Universiti Tenaga Nasional. (Please tick box)

Date:

Signature:

Official Stamp:

*Only X-Ray report have to be submitted during registration. X-ray film is not required.