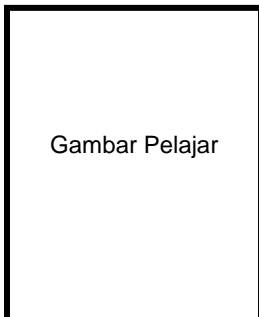




The Energy University



BUKU PENDAFTARAN PELAJAR BAHARU

Nama Pelajar : _____
No. Kad Pengenalan : _____
Nombor Pelajar (ID) : _____

PERINGATAN

1. Jika didapati keterangan/maklumat di dalam buku pendaftaran ini adalah tidak benar, UNITEN berhak membatalkan tawaran kemasukan pelajar ke UNITEN.
2. Buku pendaftaran ini hendaklah ditandatangani menggunakan **PEN DAKWAT HITAM**.
3. Pemeriksaan kesihatan boleh dilakukan di klinik atau hospital kerajaan atau swasta yang menawarkan perkhidmatan tersebut. Salinan pemeriksaan kesihatan yang dibuat dalam tempoh 6 bulan sebelum tarikh mendaftar boleh digunakan.
4. Imbasan (scan PDF) buku pendaftaran yang lengkap hendaklah dimuatnaik ke sistem Info365 dalam masa sebulan selepas orientasi pelajar baru. Buku pendaftaran (hardcopy) hendaklah disimpan oleh pelajar

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**)

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 Bimbit / Rumah / Pejabat : _____

E-mel : _____

Nota: (*) Sila potong yang tidak berkenaan

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 untuk rawatan perubatan *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 Bimbit / Rumah / Pejabat : _____

E-mel : _____

Nota: (*) Sila potong yang tidak berkenaan



The Energy University

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)

Table with 6 columns for medical conditions: Pleurisy or Asthma, Spitting of Blood, Nervous or Mental Disorder, Fits or Fainting Attacks, Rupture, Malaria or Dysentery, and 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

Table for Physician's Report with fields for Height, Weight, General Condition, Circulatory System, Blood Pressure, Respiratory System, Nervous System, Vision Acuity, Colour Blindness, Reflexes, Alimentary System, Any Rupture, Genito-Urinary System, and 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 / upload. X-ray film is not required.