



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

**SMKA DURIAN GULING,**  
SEKOLAH KLUSTER KECEMERLANGAN  
21040 MARANG, TERENGGANU.



KOD SEKOLAH : TRA 4016  
NO. TEL : 09-6801668  
NO. FAX : 09-6801922  
Email: TRA4016@moe.edu.com

Tuan/Puan,

#### **TAWARAN MASUK KE ASRAMA BAGI TAHUN 2021**

Sukacita dimaklumkan anda ditawarkan untuk tinggal di asrama pada tahun 2021.

2. Anda dikehendaki melaporkan diri sebagaimana ketetapan berikut:-
  - 2.1 Tarikh : **07 November 2021 ( Ahad )**
  - 2.2 Masa : **9.00 pagi – 11.00 pagi**
  - 2.3 Tempat : **Dewan Ibnu Khaldun**
  - 2.3 Pakaian : **Batik Asrama/ Pakaian yang bersesuaian**
3. Pelajar sila ambil maklum :-
  - 3.1 **Murid yang sihat sahaja dibenarkan kembali ke asrama dengan syarat pelajar dan ahli keluarga yang tinggal serumah tidak dalam tempoh menjalani kuarantin/bukan kontak rapat kes positif COVID-19 dan tidak bergejala.**
  - 3.2 **Hanya pelajar yang perlu turun untuk melaksanakan ujian sendiri COVID-19 semasa pendaftaran masuk asrama dengan mengikuti SOP yang telah ditetapkan.**
  - 3.3 **Pelajar perlu melengkapkan Borang Pengisytiharan Kesihatan dan Borang Kebenaran Ibu Bapa Penjaga Untuk Ujian Covid-19 dan dibawa semasa hari pendaftaran.**
  - 3.4 **Pelajar yang tidak menghadirkan diri pada sesi dan waktu yang ditetapkan dianggap menolak tawaran ini.**
  - 3.5 **Makanan tengahari disediakan di Dewan Makan Asrama.**
4. Pelajar tidak di benarkan keluar dari kawasan sekolah selepas pendaftaran asrama.


Sekian, Terima Kasih.

"Mendepani Pendidikan Global"

**"WAWASAN KEMAKMURAN BERSAMA 2030"**

**"BERKHIDMAT UNTUK NEGARA"**

Saya yang menjalankan amanah,

  
**(SALLEH BIN AB. BAKAR)**  
Pengetua

**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. Telefon : .....

	Ya	Tidak
1. Adakah anak/jagaan tuan/puan mengalami gejala-gejala berikut		
a) Demam (Suhu badan: .....		
b) Batuk		
c) Selesema		
d) Sakik Tekak		
e) Sesak nafas		
f) Sakit dada		
g) Menggigil		
h) Hilang deria rasa		
i) Lain-Lain: .....		
2. Adakah anak/jagaan tuan/puan pernah disahkan positif COVID-19 ?		
3. Adakah anak/jagaan tuan/puan mempunyai kontak rapat dengan individu yang disahkan positif COVID-19 ?		
4. Adakah anak/jagaan tuan/puan mempunyai kontak rapat kepada individu yang sedang menjalani kuarantin di rumah ?		
5. Adakah anak/jagaan tuan/puan sedang menjalani Perintah Kawalan Kuarantin di rumah seperti yang diarahkan oleh Kementerian Kesihatan Malaysia ?		
6. Adakah anak/jagaan tuan/puan mempunyai ahli keluarga yang tinggal serumah dengan Patient Under Investigation (PUI) atau Person Under Surveillance (PUS) ?		
7. Adakah anak/jagaan tuan/puan melancong ke kawasan yang berisiko dalam tempoh 14 hari ?		
Jika Ya, nyatakan tempat dilawati: .....		
Tarikh : .....		
8. Adakah anak/jagaan tuan/puan pernah menghadiri majlis/perjumpaan yang dikaitkan dengan kes positif COVID-19 ?		

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**