

SENARAI ANAK DAN TANGGUNGAN BAPA/IBU/PENJAGA (TERMASUK PENGAJIAN TINGGI)

NAMA ANAK/TANGGUNGAN	NO K/P	UMUR	NAMA SEKOLAH/KOLEJ/UNIVERSITI	DARJAH/TINGKATAN	TAHAP KESIHATAN

SENARAI ANAK YANG BEKERJA

NAMA ANAK/TANGGUNGAN	NO K/P	UMUR	TARAF PERKAHWINAN	PEKERJAAN	PENDAPATAN (RM)

PENDAPATAN ISI RUMAH DAN PERBELANJAAN

BIL	SUMBER PENDAPATAN	RM	BIL	PERBELANJAAN	RM
1	Gaji Bapa/Pencen		1	Perbelanjaan Makan Minum	
2	Gaji Pasangan		2	Sewa Rumah	
3	Pemberian Anak		3	Persekolahan Anak-anak	
4	Bantuan Baitulmal		4	Ansuran Kereta/Motor	
5	Bantuan JKM		5	Bil Elektrik	
6	Lain-lain Pendapatan		6	Bil Air	
			7	Bil Astro	
			8	Lain-lain Perbelanjaan	
JUMLAH PENDAPATAN (RM)			JUMLAH PERBELANJAAN (RM)		

PENGAKUAN PEMOHON

Saya _____ mengaku dengan nama Allah s.w.t bahawa segala keterangan yang diberikan adalah BENAR dan pihak MAINS berhak menolak permohonan atau menarik semula tajaan yang diberikan sekiranya keterangan yang diberikan adalah tidak benar.

Tarikh : _____ Tandatangan : _____

PENGESAHAN PERMOHONAN / PEMASTAUTIN

Pengesahan ini boleh dilakukan oleh Imam Masjid / Setiausaha Masjid

Saya _____ dengan nama Allah s.w.t mengesahkan segala butiran yang ditunjukkan kepada saya adalah BENAR dan mengesahkan bahawa permohonan ini LAYAK / TIDAK LAYAK dipertimbangkan untuk kemasukan ke Darul Asnaf tajaan MAINS.

Tarikh : _____ Tandatangan : _____

AKUAN KESIHATAN PELAJAR

Pengakuan ini dibuat oleh Bapa / Ibu / Penjaga

Nama Bapa / Ibu / Penjaga :

No. Kad Pengenalan :

Hubungan (Jika Penjaga) :

Alamat Tempat tinggal :

.....

No. Telefon :

Nama Pelajar :

No. Kad Pengenalan Pelajar :

Saya seperti nama di atas dengan ini mengesahkan bahawa anak / jagaan saya ini **TIDAK PERNAH / PERNAH** menghidap jenis-jenis penyakit seperti di bawah. Dengan iini saya mengaku bahawa segala keterangan di bawah adalah benar dan akan menanggung segala akibat / tindakan undang-undang sekiranya membuat akuan palsu dan permohonan saya akan terbatal.

SILA TANDAKAN (/) PADA PETAK YANG BERKENAAN :

BIL	JENIS-JENIS PENYAKIT	TIDAK PERNAH PENGIDAP PENYAKIT BERIKUT	PERNAH PENGIDAP PENYAKIT BERIKUT
1	Lemah Jantung		
2	Jantung Berlubang		
3	Darah Tinggi		
4	Kencing Manis		
5	Alahan (Allergy) nyatakan :		
6	Migraine		
7	Lelah (Asthma)		
8	Pekak		
9	Pitam		
10	Sawan (Epilepsy)		
11	Rabun (yang serius)		
12	Rabun Warna		
13	Lain-lain (Nyatakan) :		

(Penting : PIHAK PENTADBIRAN TIDAK BOLEH DIPERTANGGUNGJAWABKAN ATAS SEBARANG PERKARA BERLAKU DARIPADA MAKLUMAT KESIHATAN PERLAJAR YANG TIDAK BENAR)

Tandatangan : Tarikh :

AKUAN PENDAPATAN

* Perlu diisi sekiranya tiada Slip Gaji

MAKLUMAT BAPA / PENJAGA

NAMA :

NO K/P:

ALAMAT :

.....

WARGANEGARA :

PEKERJAAN :

MAJIKAN :

PENDAPATAN :

MAKLUMAT IBU

NAMA :

NO K/P:

ALAMAT :

.....

WARGANEGARA :

PEKERJAAN :

MAJIKAN :

PENDAPATAN :

JUMLAH PENDAPATAN

.....

.....
(TANDATANGAN BAPA/IBU/PENJAGA)

NAMA :

NO K/P :

PENGESAHAN (MESTILAH DIBUAT OLEH PEGAWAI / JAWATANKUASA MASJID SAHAJA)

Dengan ini disahkan bahawa pengakuan di atas adalah benar dan dibuat di hadapan saya.

Tarikh :

Tandatangan & Cop Rasmi :