

## SURAT MEMBERI KUASA MENJALANKAN PEMBEDAHAN

(Diisi dalam 2 salinan sahaja)

Nama (ibu/bapa/penjaga\*):.....

---

Tarikh:

### KEPADA SESIAPA YANG BERKENAAN

#### Memberi Kuasa Menjalankan Rawatan/Pembedahan

Saya .....No. KP.....ibu/bapa/penjaga\*  
kepada .....KP..... pelajar Institut  
Pendidikan Guru Malaysia Kampus Darulaman bersetuju memberi kuasa, tanpa  
sebarang syarat, kepada Pengarah atau wakilnya yang sah iaitu Timbalan Pengarah,  
Ketua Jabatan Hal Ehwal Pelajar, Penolong Pegawai Tadbir, Penyelia Asrama,  
Warden atau pensyarah untuk menandatangani surat kepada Pegawai Perubatan,  
Hospital Kerajaan/Swasta untuk menjalankan rawatan/pembedahan ke atas  
anak/jagaan saya yang tercatat namanya di atas jika dikehendaki.

Saya yang benar,

.....  
Tandatangan Ibu/Bapa/Penjaga

Nama (HURUF BESAR) : \_\_\_\_\_

No. Kad Pengenalan: \_\_\_\_\_

.....  
Tandatangan Saksi

Nama (HURUF BESAR): \_\_\_\_\_

No. Kad Pengenalan: \_\_\_\_\_

Cop:

(**Saksi:** Pengetua/Guru Besar sekolah bantuan penuh kerajaan/Penghulu/Jaksa Pendamai/Ahli  
Parlimen/Ahli Dewan Undangan Negeri/Ahli Majlis Tempatan/Pegawai Kerajaan Kumpulan A)

\* Potong yang tidak berkenaan