



KUIM

PENGESAHAN PENERIMAAN TAWARAN

Tarikh : _____ No. Ruj. Surat Tawaran : KUIM/AKA/UKR/ _____

Tuan,

SURAT PENGESAHAN PENERIMAAN TAWARAN BAGI MENGIKUTI PENGAJIAN DI KOLEJ UNIVERSITI ISLAM MELAKA (KUIM)

PROGRAM : _____
(sila nyatakan program yang ditawarkan)

Saya menerima tawaran bagi mengikuti pengajian di Kolej Universiti Islam Melaka (KUIM) seperti mana surat tawaran tuan bertarikh _____ bagi pengambilan Sesi _____.

Sekian, Terima Kasih.

Tandatangan : _____

Nama : _____

No. K.P : _____

No. Telefon : _____

Sebarang masalah/ pertanyaan, sila hubungi **Cik Siti Noraini Latif (06-3878417)** atau **En. Khirman Bin Zainal / En. Syakir Bin Baba@Said (06-3878420 / 06-3876196)**.

Anda dikehendaki membuat 2 salinan borang iaitu BHEAA-UKR-02 (Borang Pengesahan Penerimaan Tawaran) untuk diserahkan ke kaunter berikut:-

Salinan 1 - Diserahkan di kaunter pendaftaran pada hari pendaftaran.

Salinan 2 - Diserahkan di kaunter Fakulti pada Hari pendaftaran.

* Pengesahan penerimaan tawaran ini perlu dimaklumkan selewat-lewatnya dua (2) hari sebelum hari pendaftaran.

* Sekiranya surat tawaran **diterima selepas tarikh kemasukan** saudara/saudari boleh hubungi Unit Kemasukan dan Rekod untuk tindakan seterusnya.



KUIIM

BIODATA MAHASISWA

BAHAGIAN A : MAKLUMAT PERIBADI

Nama Penuh : _____
Tarikh Lahir : _____ Umur : _____
Tempat Lahir : _____ Status : Bujang
No. K. Pengenalan : _____ Berkahwin
Agama : _____ Bangsa : _____
Warganegara : _____ No. Tel : _____
Alamat (surat menyurat) : _____
Poskod : _____ Negeri : _____

BAHAGIAN B : MAKLUMAT WARIS / PENJAGA

Nama Penjaga / Waris : _____
No. Telefon : _____ Bilangan Tanggungan : _____
Pekerjaan : _____ Pendapatan : _____

BAHAGIAN C : MAKLUMAT PROGRAM

Program ditawarkan : _____
Sesi Kemasukan : _____

BAHAGIAN D : PERAKUAN MAHASISWA

Saya mengaku bahawa segala keterangan yang diberikan di atas.

(Tandatangan Mahasiswa)

(Tarikh)



KUIM

LAPORAN PEMERIKSAAN DOKTOR (Medical Check-up)

GAMBAR

- Borang ini mengandungi 4 muka surat

RUJUKAN	
KURSUS	

1. Nama (HURUF BESAR) / <i>Name (IN BLOCK LETTERS)</i> _____	2. No. K/Pengenalan / <i>Identity Card No.</i> _____
3. Tarikh Lahir / <i>Date Of Birth</i> : _____	4. Jantina / <i>Sex</i> : _____
5. Alamat / <i>Postal Address</i> : _____ _____ _____	
6. Program Pengajian / <i>Programme</i> : _____	7. Tahun Kemasukan : <i>In- Take</i> _____
8. Nama Bapa/ Penjaga / <i>Name of Father / Guardian</i> : _____	
9. Pekerjaan Bapa/ Penjaga/ <i>Occupation of Father/ Guardian</i> : _____	
10. Alamat Bapa/ Penjaga/ <i>Address of Father/ Guardian</i> : _____ _____	
11. No Telefon/ <i>Telephone No.</i> : _____	

PENGAKUAN KESIHATAN DIRI / Declaration of Health Status

Tandakan di kotak yang berkenaan (Please in the appropriate box)

1. Adakah anda mengidap atau sedang menerima rawatan bagi penyakit- penyakit berikut:
Have you ever suffered or are you undergoing treatment for the following condition :

	YA / YES	TIDAK / NO	Jika YA, Berikan Ulasan / If YES, Please describe
a. Lelah / Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Tibi / Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Sakit Jantung / Heart Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Tekanan Darah Tinggi / High Blood Pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Kencing Manis / Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Penyakit Buah Pinggang / Kidney Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Sawan / Fits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. Penyakit Jiwa/Psikiatri / Mental Psychiatric Illness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i. Kecatatan Anggota / Deformity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j. Barah / Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k. Penyakit kulit Kronik / Chronic Skin Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
l. Alahan kepada ubat/Makan / Allergy to Medicine/food	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
m. Lain-lain Penyakit Yang serius / Other Serious Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
n. Hepatitis A/B/C (Untuk pelajar Kejururawatan sahaja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Adakah anda merokok / Are you smoking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
* Jika YA, nyatakan berapa banyak sehari & berapa lama / If YES, Amount smoked daily & how long			

3. Keadaan Panca Indera / Sense	Biasa / Normal	Kurang Biasa / Abnormal	Ulasan / Description
a. Penglihatan / Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Pendengaran / Hearing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PENGAKUAN PELAJAR / STUDENT DECLARATION

Saya / I _____ No. K/p / I/C No. _____

Dengan ini mengaku segala maklumat yang diberikan adalah benar dan lengkap. /

I certify that the information supplies by me correct and complete.

Tarikh / Date

Tandatangan pelajar di hadapan Doktor
Student's signature in the presence of the doctor

LAPORAN PEMERIKSAAN DOKTOR

Doctor's Report

Diisi tandakan / atau isikan maklumat di kotak berkenaan

Please tick / or fill in the appropriate boxes

1. Tinggi / <i>Height</i>		2. Berat Badan / <i>Weight</i>	
3. Kadar Nadi / <i>Pulse</i>		4. Tekanan Darah / <i>Blood Pressure</i>	
	<i>Biasa / Normal</i>	<i>Luar Biasa / Abnormal</i>	<i>Catatan / Comments</i>
5. Keadaan Kecerdasan Otak <i>Mental Condition / Intelligence</i>			
	<i>Kanan / Right</i>	<i>Kiri / Left</i>	
6. Pemeriksaan Mata / <i>Eye Examination</i>			
a. Penglihatan Tanpa Kacamata / <i>Without Glasses</i>			
b. Dengan Kacamata / <i>With Glasses</i>			
	<i>Ada / Present</i>	<i>Tiada / Absent</i>	
c. Rabun Warna / <i>Colour Blindness</i>			
d. Sebab Kurang Penglihatan / <i>Cause of visual defect</i>			
	<i>Biasa / Normal</i>	<i>Luar Biasa / Abnormal</i>	
7. Pemeriksaan Telinga / <i>Ear Examination</i>			
8. Pemeriksaan Gigi / <i>Teeth</i>			
9. Kulit / <i>Skin</i>			
10. Jantung / <i>Heart</i>			
11. Paru- paru / <i>Lungs</i>			
12. Abdomen / <i>Abdoment</i>			
13. Sistem Otot Dalam Rangka / <i>Musculoskeletal system</i>			
14. Sistem Urat Saraf / <i>Nervous System</i>			

	Ada / Present	Tiada / Absent	
15. Kecatatan / <i>Deformities</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Pemeriksaan Air Kencing <i>Urine Examination</i>			
a. Gula / <i>Urine Sugar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Albumin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Random Blood Sugar (RBS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Kumpulan Darah / <i>Blood Group</i> :			

18. Hepatitis B Screening (*Untuk pelajar Kejururawatan sahaja*) : _____

PENGESAHAN DOKTOR / Certification by Doctor

Sila tandakan ✓ di dalam petak berkenaan
Please tick ✓ in the appropriate box

Nama Mahasiswa/ *Student name*:

No. K/P / I/C no. :

dan mendapati bahawa / *and find that* :

<input type="checkbox"/>	Beliau tidak menghadapi apa-apa penyakit dan disahkan sihat / <i>The above named is fit and good health.</i>
<input type="checkbox"/>	Beliau menghadapi : / <i>The above named has :</i>
<input type="checkbox"/>	Beliau sedang mendapatkan rawatan/ memerlukan pemeriksaan dan kajian selanjutnya / <i>The above named is undergoing treatment/ need further examination and investigation</i>
<input type="checkbox"/>	Beliau tidak sihat dan dinasihati supaya mendapat rawatan lanjut sebelum mendaftar di Kolej Universiti Islam Melaka/ <i>The above named is unfit and is advices to get further treatment before enrolling into University College of Islam Melaka.</i>

Tarikh / <i>Date</i> _____	Tandatangan doctor/ <i>Signature of Doctor</i> : _____
	Nama Doktor <i>Name of Doctor</i> : _____
	Kelulusan dan Cop Rasmi Klinik <i>Qualification and Official Stamp of Clinic</i> _____



KUIM

SURAT AKUAN IBU BAPA/ PENJAGA MAHASISWA

Saya No. Kad Pengenalan *Ibu bapa/ penjaga kepada mahasiswa bernama yang mengikuti program bagi sesi pengambilan Dengan ini :-

1. Bertanggungjawab menyelesaikan sebarang bayaran yang dikenakan serta perlu menjelaskan segala yuran yang tertunggak sepanjang tempoh pengajian mahasiswa tersebut di **Kolej Universiti Islam Melaka (KUIM)**.
2. Membenarkan anak di bawah jagaan saya untuk mengikuti aktiviti atau ko- kurikulum yang dianjurkan oleh pihak **Kolej Universiti Islam Melaka (KUIM)** tanpa sebarang tuntutan.
3. Mengaku bahawa saya tidak akan mengambil sebarang tindakan undang- undang terhadap **Kolej Universiti Islam Melaka (KUIM)** sekiranya berlaku sebarang kemalangan ke atas mahasiswa tersebut.

Nama * Ibu bapa/ Penjaga :

Alamat :

No telefon :

SAKSI

Nama Saksi :

Alamat :

No Telefon :

.....
(Tandatangan ibubapa/ penjaga)

.....
(Tandatangan saksi)

Tarikh:

Tarikh:

* *potong yang mana tidak berkenaan*

saksi terdiri daripada:
Wakil Rakyat atau; Penghulu atau; Ahli JKKK atau; Jaksa Pendamai atau; Pegawai kerajaan Kumpulan A atau; setaraf denganya)



KUIM

SURAT SUMPAAH

SESUNGGUHNYA SAYA BERSUMPAAH BAHAWA DALAM TEMPOH PENGAJIAN DI KOLEJ UNIVERSITI ISLAM MELAKA (KUIM) INI,

1. Saya berjanji akan mematuhi **Rukun Negara** sebagaimana yang termaktub di dalam Perlembagaan Negara.
2. Saya akan mematuhi dan memahami Undang-Undang, Peraturan-Peraturan serta Kaedah-Kaedah KUIM (**Tatatertib Pelajar 1994**) (pindaan 2007) yang telah ditetapkan oleh pihak Pengurusan Tertinggi KUIM.
3. Saya akan menjaga nama baik KUIM setiap masa dan menjaga harta benda serta kemudahan-kemudahan perkhidmatan yang disediakan dengan menjauhi sikap vandalisma (kerusakan harta benda) oleh sesiapa pun.
4. Saya akan patuh dan tidak akan melibatkan diri dalam sebarang aktiviti dan kegiatan yang dilarang atau yang menyalahi undang-undang dan peraturan KUIM dan Negara.
5. Saya akan mematuhi semua syarat dan peraturan akademik (**Kaedah-Kaedah Hal Ehwal Akademik 1994**) (pindaan 2017) yang telah ditetapkan dari semasa ke semasa.
6. Saya tidak akan merokok atau mengambil mana-mana jenis dadah atau bahan yang memabukan yang boleh mendatangkan kemudaratan semasa di dalam tempoh pengajian saya di KUIM.

DIHADAPAN SAYA

.....
Tandatangan Mahasiswa

Nama :

No. K/P :

Program :

.....
Pegawai KUIM

Nama :

No K/P :

Jawatan :