

MAKLUMAT MURID

Nama Sekolah
 Alamat Sekolah
 Nama Murid
 Tahun/Drj

BAHAGIAN 1

(Perlu dipenuhi oleh ibi bapa / penjaga yang ingin anaknya di pertimbangkan bagi mengikut Rancangan Makanan Tambahan

1. (a) Nama bapa /penjaga :
 (b) No.KP : Warna :
 (c)Pekerjaan bapa / penjaga :
 (d)Pendapatan bapa / penjaga :RM sebulan

2. (a) Nama ibu :
 (b) Pekerjaan Ibu :
 (c) Nama Majikan :
 (d) Pendapatan ibu :RM sebulan
 Pendapatan lain :RM sebulan
 Jumlah :RM sebulan

3. Butiran anak-anak tanggungan :

Bil	Nama penuh anak-anak	Nama Sekolah	Tingkatan/Tahun
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

(a) Saya mengaku bawa kenyataan yang saya beri adalah benar.

Saya mengesahkan bahawa sepanjang pengetahuan saya butir-butir yang diberikan diatas adalah benar

Tandatangan Ibu Bapa/Penjaga

(Tandatangan)

Nama
 No.KP
 Tarikh

Nama
 No.KP
 Tarikh

*** Pengesahan ini hendaklah dilakukan oleh:Majikan /Wakil Rakyat/Pegawai Daerah Penghulu /J P / Ketua Kampung / Pegawai Kanan Kerajaan Kat.A**

BAHAGIAN II

(untuk diisi oleh ibi bapa / penjaga yang tidak mahu anaknya dipertimbangkan mengikut Rancangan Makanan Tambahan)

Saya dengan ini mengesahkan bahawa anak jagaan saya yang tersebut di atas tidak memerlukan bantuan Rancangan Makanan Tambahan (RMT)

(Tandatangan)

Nama penuh :
No. KP :
Tarikh :

