

**KBS MASTERS GAMES 2025 - MEMANAH****BORANG PEMERIKSAAN KESIHATAN**

Nama : .....

No. Kad Pengenalan : .....

**PENGAKUAN KESIHATAN DIRI**

\*Tandakan (/) dalam kotak berkenaan.

Adakah anda pernah menerima rawatan untuk penyakit berkenaan :

| Bil | Penyakit                           | Ya | Tidak | Catatan |
|-----|------------------------------------|----|-------|---------|
| 1   | Asma / Asthma                      |    |       |         |
| 2   | Penyakit Jantung / Heart Illness   |    |       |         |
| 3   | Darah tinggi / High blood Pressure |    |       |         |
| 4   | Diabitis / Diabetes                |    |       |         |
| 5   | Sawan / Fit                        |    |       |         |
| 6   | Magrain / Handicapped              |    |       |         |
| 7   | Lain / Others : Nyatakan           |    |       |         |

**PENGAKUAN PESERTA**

Saya mengesahkan bahawa keterangan di atas adalah benar.

Tandatangan Peserta : ..... Tarikh : .....

**PEMERIKSAAN OLEH PEGAWAI PERUBATAN**

1. BP / PR : ..... 2. SPO2 : .....

|                           |        |          |
|---------------------------|--------|----------|
| 3. Jantung                | Normal | Abnormal |
| 4. Paru-paru              | Normal | Abnormal |
| 5. Abdomen                | Normal | Abnormal |
| 6. Sistem muskuloskeletal | Normal | Abnormal |

Catatan : .....

Dengan ini saya mengesahkan bahawa peserta yang bernama seperti di atas:

|  |                                                                                                                       |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Tidak mempunyai sebarang penyakit, sihat dan dibenarkan mengambil bahagian dalam KBS Masters Games 2025 - Memanah.    |
|  | Mempunyai penyakit ..... dan dibenarkan / tidak dibenarkan mengambil bahagian dalam KBS Masters Games 2025 - Memanah. |

|                        |  |                     |
|------------------------|--|---------------------|
| Nama Pegawai Perubatan |  | Cop dan Tandatangan |
| Tarikh                 |  |                     |