KLINIK POCKET BIKE KBS ZON UTARA 2019

20-21 APRIL 2019
KOMPLEKS RAKAN MUDA JAWI,
SEBERANG PERAI SELATAN.

BORANG PENYERTAAN

MAKLUMAT PESERTA:

1. NAMA PESERTA

2. NO. KAD PENGENALAN **3. UMUR** **4. TARIKH LAHIR**

Tahun

5. ALAMAT TETAP

6. NO. TELEFON

(R) : **(H/P) :**

7. NAMA IBU/BAPA/PENJAGA *(BAGI PESERTA BAWAH 21 TAHUN)*

8. NO. TELEFON

(R) : **(H/P) :**

9. PENGAKUAN DIRI/IBU/BAPA/PENJAGA :

Dengan ini saya _____ IBU / BAPA / PENJAGA

No. K/P _____ mengakui segala keterangan di atas adalah benar dan bersetuju untuk membenarkan penama di atas mengikuti peraturan-peraturan program di atas tanggungan sendiri dan tidak akan menuntut sebarang gantirugi daripada pihak penganjur sekiranya berlaku sebarang kecurian, kemalangan yang mungkin menyebabkan kecederaan, kematian atau kerugian kepada penama di atas sebelum, semasa dan selepas menyertai Klinik Pocket Bike KBS Peringkat Zon Utara 2019 ini.

.....
Tandatangan Peserta / Ibu / Bapa / Penjaga

Nama :

Tarikh :

Sila kembalikan borang yang telah lengkap diisi kepada :
Jabatan Belia dan Sukan Negeri Pulau Pinang
Jalan Sultan Azlan Shah, Batu Uban, Gelugor, 11700 Pulau Pinang.
(u/p : Amin/Roslan) Tel : 04-655 4444 Faks : 04-657 4444 email : sukanjbspenang@gmail.com