



**BORANG PENDAFTARAN PESERTA
PROGRAM KURSUS SINGKAT 1-2 HARI & PERKHIDMATAN SAMPINGAN**

PARTICIPANT REGISTRATION FORM

SHORT COURSE PROGRAMME 1-2 DAYS & SECONDARY SERVICES

Tarikh/Date: // Hingga/To//

- **Sila isikan bahagian yang berkenaan dalam borang ini kecuali bahagian 7.**
Please fill all the related sections of this form except Section 7.
- **OBBD hanya akan menerima borang yang lengkap dan setiap permohonan adalah tertakluk kepada pengesahan OBBD.**
OBBD will only process a completed form and each application shall be subject to the approval of OBBD.

Sila Tandakan (✓) dimana berkenaan. Please tick (✓) where applicable.

--	--

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Poskod/Postal Code

--	--	--	--	--	--	--	--

☐ Others, please specify

☐ Others, please specify

☐ Others, please specify

[illegible]

Poskod/Postal Code

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bahagian 3 / Section 3:

KETERANGAN PEMBIAYA / SPONSOR'S PARTICULARS

Nama Sekolah/Pertubuhan/Syarikat

Name of School/Organisation/Company

Alamat/Address

..... **Poskod/Postal Code**

No Telefon/Telephone No

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bahagian 4:

Diisikan dan ditandatangani oleh PESERTA (BAGI YANG BERUMUR 18 TAHUN

Section 4:

dan KEATAS) atau IBU-BAPA / PENJAGA PESERTA (BAGI YANG BERUMUR

DIBAWAH 18 TAHUN)

**To be Completed and Signed by PARTICIPANT (FOR AGE OF 18 YEARS OLD and ABOVE)
or PARTICIPANT'S PARENT / GUARDIAN (FOR AGE OF BELOW
18 YEARS OLD)**

Perhatian untuk Peserta: Kegiatan Outward Bound adalah dikendalikan diluar (outdoor) didalam keadaan cuaca yang tidak menentu. Para peserta sentiasa akan terdedah pada kegiatan yang sangat mencabar dalam waktu yang berlarutan seperti mendaki, menurun ceunam, berkayak, tali menali, pengembaraan didarat dan diair. Kegiatan-kegiatan yang diikuti adalah sangat mencabar pada fisikal maupun mental.

Notes for Participant: Outward Bound activities are conducted outdoors in all weather conditions and involve participants in many hours of vigorous activities such as rock climbing, abseiling, kayaking, ropes courses, land and sea expeditions. The activities are both physically and mentally challenging.

- ◇ Sila **ambil Perhatian khusus** pada kecederaan tulang atau sendi tulang jika ada dan perkara ini hendaklah dinilai dengan teliti terhadap risiko yang mungkin akan timbul akibat mengikuti kegiatan-kegiatan semasa berkursus nanti.
*Please **make Particular note** of any history of bone or joint injury and assess carefully the risk of further injury arising from participating activities.*
- ◇ Peserta yang mengalami mana-mana keadaan kesihatan seperti yang tersenarai berikut **tidak diterima** untuk mengikuti kegiatan Outward Bound.
*Applicant with any of the following medical conditions **will not be accepted to participate** on an Outward Bound activities:*
- **Terlalu gemuk** - berdasarkan Garispandu Berat Badan pada ketinggian mengikut Carta Kementerian Kesihatan.
Severe Obesity - based on the guidelines of Weight For Height Percentile Chart from the Ministry of Health.
- **Penyakit Darah Tinggi** - dalam rawatan yang berlarutan / **Hypertension** - on long term medication.
- **Kurang Darah** - Hb dibawah 11gm% / **Anaemia** - Hb below 11gm%
- **Injap Jantung Tidak Berfungsi dengan Sempurna / Mitral Valve Prolapse With Regurgitation.**
- **Epilepsi** - sebarang serangan dalam 3 tahun kebelakangan / **Epilepsy** - any attack within the last 3 years.
- **Penyakit Ampus** - dalam rawatan yang berlarutan/terangsang apabila mengikuti latihan fisikal / **Asthma** - on long term medication/exercise induced.
- **Thalassaemia** - major / **Thalassaemia** - major.
- **Terkehel Bahu Berulang-Ulang** - terkeluar daripada tempat asalnya / **Recurrent Dislocation of Shoulder.**
- **Alergi** - Keadaan amat peka terhadap tumbuh-tumbuhan, air laut (bagi peserta kursus bergerak dilaut) habuk dan serangga / **Severe Allergy** - grass, sea water, dust and insects
- **Kecacatan / kekurangan Upaya dalam Aspek Fisikal atau Mental** yang mungkin melibatkan penyertaan dalam kegiatan Outward Bound / **Any other Physical or Mental Disability** that may affect his / her participation in OBBD activities.
- ◇ Untuk penjelasan dan sebarang pertanyaan lanjut jika ada, sila hubungi:
For further clarification or inquiry, please contact:

**PEGAWAI JURURAWAT / NURSING OFFICER
OUTWARD BOUND BRUNEI DARUSSALAM**

SULIT (Jika Dilengkapi)
CONFIDENTIAL (When Filled)

Tinggi Peserta m, **Berat Badan** Kg, **Tarikh suntikan Tetanus terakhir**
The applicant's Height m, *Weight* Kg, *Date of last Tetanus Immunization*

Adakah awda/anak awda pernah mengalami keadaan kesihatan berikut: (jika ada sila jelaskan)
Does the applicant have the following medical history: (if yes, please describe)

	TIDAK/NO	YA/YES
a. Sakit Dada, Tekanan Darah Tinggi, Kurang Pendengaran misalan Jantung Mendesir, Denyutan Jantung Berlebihan, dll Keadaan. / Chest Pain, High Blood Pressure, Hear Problems e.g Heart murmur, extra heart beat or other heart abnormality. (Keterangan/Description)	☐	☐
b. Ampus, Jangkitan Paru-Paru, Batuk Kering, Resdung dll. / Asthma, Bronchitis, Tuberculosis, Sinusitis, Other Lung Problems. (Keterangan/Description)	☐	☐
c. Sawan, Epilepsi, Jatuh Pengan, Sakit Kepala Migraine, Cedera Dikepala / Fits, Epilepsy, Fainting Attacks, Migraine, Severe Head Injury. (Keterangan/Description)	☐	☐
d. Masalah Mata / Kurang Penglihatan / Eye Problems / Poor Vision. (Keterangan/Description)	☐	☐
e. Masalah Telinga / Kurang Pendengaran / Ear Problems / Deafness (Keterangan/Description)	☐	☐
f. Gangguan Saraf / Nervous Illness. (Keterangan/Description)	☐	☐
g. Penyakit kencing Manis / Diabetes. (Keterangan/Description)	☐	☐
h. Alergi pada Ubat-Ubat / Makanan / Lain-lain / Allergy to Medicines / Food / Others. (Keterangan/Description)	☐	☐
i. Kecederaan Tulang atau Sendi Tulang / Bone or Joint Injury. (Keterangan/Description)	☐	☐
j. Status Pembawa sebarang Penyakit Berjangkit / A Carrier Status for any Infectious Disease. (Keterangan/Description)	☐	☐
k. Rawatan Perubatan dalam 2 tahun yang lepas / Medical Treatment within the last two years. (Keterangan/Description)	☐	☐
l. Sedang Mengandung (Untuk Perempuan) / In Pregnancy (For Female). (Keterangan/Description)	☐	☐

Adakah calon peserta memerlukan: (jika ya sila jelaskan)
Does the applicant require the following: (if yes, please describe)

m. Pengambilan Ubat-Ubat Rutin / Routine Medication. (Keterangan/Description)	☐	☐
h. Makanan Khusus / Special Diet. (Keterangan/Description)	☐	☐

PENGISYTIHARAN KESIHATAN / MEDICAL DECLARATION

- * potong yang tidak berkenaan
- * delete where not applicable.

Saya mengisytiharkan semua maklumat dan keterangan mengenai kesihatan yang diberikan diatas adalah betul. Saya mengaku bahawa *saya/anak saya adalah **SIHAT** untuk mengikuti kegiatan-kegiatan di Outward Bound Brunei Darussalam.

*I hereby declare that the medical information provided above are true and fully certify *my self/my child **FIT** to participate in the activities of Outward Bound Brunei Darussalam.*

Nama / Name : Tandatangan /Signature.....

Tarikh/Date.....

Bahagian 5:
Section 5:

Untuk ditandatangani oleh PESERTA 18 TAHUN DAN KEATAS Sahaja
To be Signed by PARTICIPANT OF AGE 18 AND ABOVE Only

PENGAKUAN / UNDERTAKING

Saya akan mematuhi segala peraturan dan situasi kegiatan yang mengandungi tegahan merokok, meminum minuman yang mengandungi alkohol dan ubat-ubatan yang menghayalkan. Saya juga akan memberi kerjasama serta mematuhi segala arahan kakitangan Outward Bound Brunei Darussalam (OBBD).

I Shall comply with the activities' conditions regulations which include no smoking and consumption of alcoholic drinks and drugs. I shall also fully cooperate and comply with the instructions of the staff of the Outward Bound Brunei Darussalam (OBBD).

INDEMNITI / INDEMNITY

Saya samasekali tidak akan mempertanggungjawabkan Pegawai dan Kakitangan Outward Bound Brunei Darussalam (OBBD) dan Kementerian Kebudayaan, Belia dan Sukan diatas segala kerosakan atau kehilangan hartabenda atau kecederaan atau kemalangan atau kematian yang mungkin dialami oleh saya sepanjang tempoh jangka waktu mengikuti kegiatan di Outward Bound Brunei Darussalam (OBBD). Saya juga samasekali tidak akan mempertanggungjawabkan Pegawai serta Kakitangan Outward Bound Brunei Darussalam (OBBD) dan Kementerian Kebudayaan, Belia dan Sukan bagi sebarang tuntutan oleh mana-mana pihak jika berlakunya sebarang kejadian yang tidak diingini keatas saya sepanjang tempoh jangka waktu mengikuti kegiatan di Outward Bound Brunei Darussalam (OBBD).

I Shall not hold the Officers and Staff of Outward Bound Brunei Darussalam (OBBD) and Ministry of Culture, Youth and Sports liable and responsible for any damages or loss of property of injuries or loss of life that maybe sustained by me during participating in activities at Outward Bound Brunei Darussalam (OBBD) or arising from any cause in conjunction with the participation in activities. I also fully undertake to indemnify the Officers and Staff of Outward Bound Brunei Darussalam (OBBD) and Ministry of Culture, Youth and Sports against any claim by any parties in connection to any unfavourable occurrences that may arise during my participation in activities at Outward Bound Brunei Darussalam (OBBD).

Saya mengaku yang saya telah membaca dan memahami semua bahagian yang terkandung dalam Borang Pendaftaran Perkhidmatan Sampingan dan mengesahkan semua keterangan yang diberikan didalamnya adalah benar.

I declare that I have read and fully understood all the sections in this Secondary Services Registration Form and certify that all the information provided herein are true.

.....
Nama Peserta / Nama of Participant

.....
Tandatangan / Signature

.....
Tarikh / Date

Bahagian 6: Untuk dilengkapi dan ditandatangani oleh PESERTA BERUMUR DIBAWAH 18 TAHUN dan IBU-BAPA / PENJAGA

Section 6: To be completed and Signed by PARTICIPANT BELOW THE AGE OF 18 and HIS / HER PARENT / GUARDIAN

PENGAKUAN / UNDERTAKING

Saya akan mematuhi segala peraturan dan situasi kegiatan yang mengandungi tegahan merokok, meminum minuman yang mengandungi alkohol dan ubat-ubatan yang menghayalkan. Saya juga akan memberi kerjasama serta mematuhi segala arahan kakitangan Outward Bound Brunei Darussalam (OBBD).

I shall comply with the activities regulations which include no smoking and consumption of alcoholic drinks and drugs. I shall also fully cooperate and comply with the instructions of the staff of the Outward Bound Brunei Darussalam (OBBD).

.....
Nama Peserta / Name of Participant

.....
Tandatangan / Signature

.....
Tarikh / Date

INDEMNITI & PERHATIAN IBU-BAPA/PENJAGA / INDEMNITY & CONSENT OF PARENT/GUARDIAN

(Hendaklah dilengkapi oleh Ibu-bapa / Penjaga)

*** Potong yang tidak berkenaan**

(To be completed and signed by Parent / Guardian)

*** Delete where not applicable**

Bahawasanya saya Pemegang Passport/KP No.....
(Kuning/Ungu/Hijau)* samasekali tidak akan mempertanggungjawabkan Pegawai dan Kakitangan Outward Bound Brunei Darussalam (OBBD) dan Kementerian Kebudayaan, Belia dan Sukan diatas segala kerosakan atau kehilangan hartabenda atau kecederaan atau kemalangan atau kematian yang mungkin dialami oleh anak saya (Nama Anak):(Pemegang Passport/KP No:)* (Kuning/Ungu/Hijau)* sepanjang tempoh jangkawaktu mengikuti kegiatan di Outward Bound Brunei Darussalam (OBBD). Saya juga samasekali tidak akan mempertanggungjawabkan Pegawai dan Kakitangan Outward Bound Brunei Darussalam (OBBD) dan Kementerian Kebudayaan, Belia dan Sukan bagi sebarang tuntutan oleh mana-mana pihak jika berlakunya sebarang kejadian yang tidak diingini keatas anak saya sepanjang tempoh jangkawaktu mengikuti kegiatan di Outward Bound Brunei Darussalam (OBBD).

I holder of Passport /IC No :
(Yellow/Purple/Green)* shall not hold the Officers and Staff of Outward Bound Brunei Darussalam (OBBD) and Ministry of Culture, Youth and Sports liable and responsible for any damages or loss of property of injuries or loss of life that maybe sustained by my child (Name Of Child) : (holder of Passport/IC No.) :
(Yellow/Purple/Green)* during the period of his/her participation of activities at Outward Bound Brunei Darussalam (OBBD) or arising from any course in conjunction with the activity. I also fully undertake to indemnify the Officers and Staff of Outward Bound Brunei Darussalam (OBBD) and Ministry of Culture, Youth and Sports against any claim made by any parties in connection to any unfavourable occurrences that may arise during the period of my child participation of activities at Outward Bound Brunei Darussalam (OBBD).

Saya dengan ini mengaku yang saya telah membaca dan memahami semua bahagian yang terkandung dalam Borang Pendaftaran Perkhidmatan Sampingan dan mengesahkan bahawa semua keterangan yang diberikan didalamnya adalah benar.

I declare that I have read and fully understood all the sections in this Secondary Services Registration Form and certify that all the information provided herein are true.

.....
*Nama Ibu-Bapa / Penjaga / Name of *Parent/Guardian

.....
Tandatangan / Signature

.....
Tarikh / Date

Bahagian 7:
Section 7:

UNTUK KEGUNAAN OUTWARD BOUND BRUNEI DARUSSALAM SAHAJA
FOR OUTWARD BOUND BRUNEI DARUSSALAM USE ONLY

Untuk diisi oleh
Jurulatih Kegiatan OBBD
To be filled by Activity
Officer of OBBD.

Borang ini telah diperiksa & disahkan oleh:
This form is checked & verified by:

Nama / Name:

Jawatan / Position:

Tandatangan / Signature:

.....
Tarikh / Date

Catitan / Remarks:

Untuk diisi oleh Pegawai
Jururawat OBBD
To be filled by Nursing Officer
of OBBD.

Pengesahan Kesihatan / Medical Verification:

☐

Sihat / Fit

☐

Tidak Sihat / Unfit

Nama / Name:

Jawatan / Position:

Tandatangan / Signature:

.....
Tarikh / Date

Catitan / Remarks:

Untuk diisi oleh Pegawai
Latihan OBBD
To be filled by Training Officer
of OBBD.

Penerimaan / Acceptance:

☐

Ya / Yes

☐

Tidak / No

Nama / Name:

Jawatan / Position:

Tandatangan / Signature:

.....
Tarikh / Date

Catitan / Remarks: