



Application No: _____

No. Borang Permohonan :
RM 2.00

MONTFORT YOUTH TRAINING CENTRE

Jalan Lama Penampang - Papar, Kinarut, 88200 Kota Kinabalu.
P.O.Box 612, 89507 Penampang, Sabah, Malaysia.
Tel: (6 088) 755811, 755768 Fax: (6 088) 755849

RECENT
PHOTOGRAPH
OF APPLICANT

Gambar
Terkini
Pemohon

TRAINEE ENROLMENT FORM Borang Permohonan untuk Pelatih

A. PERSONAL PARTICULARS / BUTIR-BUTIR PERIBADI				
FULL NAME in Block Letters (as in IC) Nama Penuh dalam Huruf Besar (seperti dalam K/P):		I/C NO./ No. K/P:		
DATE AND PLACE OF BIRTH/ Tarikh dan Tempat Lahir:	AGE/ Umur:	CITIZENSHIP/ Warganegara:	RACE/ Bangsa:	
RELIGION/ Agama:	LANGUAGE SPOKEN/ Boleh bertutur dalam bahasa:			
PERMANENT ADDRESS/ Alamat Tetap:		CORRESPONDENCE ADDRESS/ Alamat Surat Menyurat:		
B. EDUCATIONAL BACKGROUND / LATAR BELAKANG PENDIDIKAN				
NAME OF SCHOOL Nama Sekolah	QUALIFICATION / Kelayakan UPSR/PMR/SPM/STPM	YEAR COMPLETED Tahun Tamat		
C. COURSES OFFERED / KURSUS YANG DITAWARKAN				
1. MOTOR MECHANICS Mekanik Kenderaan Motor	SKM LEVELS - 1 & 2 DURATION OF COURSE: 2 years Jangka masa kursus: 2 Tahun 1 st CHOICE : _____ Pilihan Pertama 2 nd CHOICE : _____ Pilihan Kedua			
2. CARPENTRY Pembuat Perabot				
3. WELDING Jurukimpal Arka Logam Berperisai				
4. REFRIGERATION & AIR-CONDITIONING MECHANIC - DOMESTIC Mekanik Penyejukbekuan dan Penyaman Utara Domestik				
D. PERSONAL HEALTH / MAKLUMAT KESIHATAN				
PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS / Sila jawab soalan-soalan berikut:			YES Ya	NO Tidak
1. Are you under any medication prescribed by a doctor? Adakah anda masih di dalam pemerhatian doktor?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Are you allergic to any medication or any food? Adakah anda alah kepada sebarang ubat-ubatan atau makanan?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Are you physically fit? Adakah anda bertubuh badan sihat?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Do you wear glasses? Adakah anda memakai kaca mata?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Do you have hearing problem? Adakah anda mempunyai masalah pendengaran?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Do you have any medical appointment with a doctor/hospital periodically? Adakah anda masih mempunyai temujanji dengan doktor/hospital dari masa ke semasa?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G.

REFEREES / RUJUKAN

Give names and particulars of two referees (excluding relatives). The applicant or the applicant's family must know the referees for at least three to five years.

Beri nama dua orang rujukan (tidak termasuk saudara mara) dan butir-butir mereka. Sila perhatikan bahawa pemohon atau keluarga pemohon mesti mengenali orang yang dirujuk sekurang-kurangnya tiga hingga lima tahun.

FIRST REFEREE / RUJUKAN PERTAMA

NAME>Nama (Mr./ Mrs./ Miss)/ (En./ Pn./ Cik):		I/C NO: <input type="text"/>	
		House: <input type="checkbox"/> Owned Rumah: <input type="checkbox"/> Milik Sendiri <input type="checkbox"/> Rented Sewa	
OCCUPATION: Pekerjaan:	PERMANENT: Tetap <input type="checkbox"/>	PART-TIME: Kerja sambilan <input type="checkbox"/>	MONTHLY INCOME : Pendapatan Bulanan:
		OTHER INCOME : Pendapatan lain	
HOME ADDRESS/ Alamat Rumah:		PHONE NO: / No. Telefon:	
		(H) <input type="text"/>	
		(O) <input type="text"/>	
		(H/P) <input type="text"/>	

SECOND REFEREE / RUJUKAN KEDUA

NAME>Nama (Mr./ Mrs./ Miss)/ (En./ Pn./ Cik):		I/C NO: <input type="text"/>	
		House: <input type="checkbox"/> Owned Rumah: <input type="checkbox"/> Milik Sendiri <input type="checkbox"/> Rented Sewa	
OCCUPATION: Pekerjaan:	PERMANENT: Tetap <input type="checkbox"/>	PART-TIME: Kerja sambilan <input type="checkbox"/>	MONTHLY INCOME : Pendapatan Bulanan:
		OTHER INCOME : Pendapatan lain	
3. HOME ADDRESS: / Alamat Rumah:		PHONE NO: / No. Telefon:	
		(H) <input type="text"/>	
		(O) <input type="text"/>	
		(H/P) <input type="text"/>	

H.

CONFIRMATION FROM THE APPLICANT / PENGESAHAN DARI PEMOHON

I confirm that all information contained in this Application Form is complete and true. I apply to join this programme on my own free will without being forced by my parents or guardian. I will not withdraw from this training programme in Montfort Youth Training Centre without the prior approval from the Director. I hereby agree to abide by the Policies, Rules, and Regulations enforced in Montfort Youth Training Centre.

Saya sahkan bahawa semua maklumat yang terdapat dalam Borang Permohonan ini adalah lengkap dan benar. Saya memohon untuk menyertai program ini atas kehendak saya sendiri tanpa dipaksa oleh ibubapa atau penjaga saya. Saya tidak akan menarik diri daripada program latihan yang disediakan di Montfort Youth Training Centre tanpa kelulusan dari Pengarah terlebih dahulu. Dengan ini, saya setuju mematuhi segala Polisi dan Peraturan-Peraturan yang terdapat di Montfort Youth Training Centre.

Name of Applicant / Nama Pemohon : _____

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

Signature of Applicant / Tandatangan Pemohon

Date / Tarikh: _____

**I. CONFIRMATION FROM PARENTS/GUARDIAN OF APPLICANT AND GENERAL EXPLANATION OF RIGHTS
PENGESAHAN DARIPADA IBUBAPA /PENJAGA PEMOHON SERTA KETERANGAN HAK ASASI**

I confirm that all information contained in this Application Form is complete and true. I consent to the application of my child/ward. If this application is successful, I entrust the well-being including health-care, skills training and teaching of my child/ward to the Director and his Officers.

I consent to any disciplinary action and enforcement of proper corrections given to him/her when necessary. Henceforth, I will not take any action or make any claim against the Titular Superior of the Brothers of St. Gabriel, Montfort Youth Training Centre, its Officers and Representatives for all forms of injuries or death.

Saya sahkan bahawa semua maklumat yang terdapat dalam Borang Permohonan ini adalah lengkap dan benar. Saya mengizinkan permohonan anak/jagaan saya dan sekiranya berjaya, saya menyerahkan sepenuh kuasa kepada Pengarah dan pegawai-pegawainya menjaga hal-ehwal kesihatan, mendidik dan memberi latihan kemahiran kepada anak/jagaan saya.

Saya mengizinkan tindakan dan hal-hal disiplin yang akan dikenakan dengan tujuan untuk memperbetulkannya apabila perlu. Dengan ini, saya tidak akan mengambil sebarang tindakan ke atas "Titular Superior of the Brothers of St. Gabriel, Montfort Youth Training Centre", Pegawai-Pegawai dan Wakil-Wakil atas semua tuntutan, kecederaan atau kematian.

Parents/Guardian's name / Nama Iubapa/Penjaga: _____

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

Signature of Parents/Guardian / Tandatangan Iubapa/Penjaga

Date / Tarikh:

**J. PLEASE ENCLOSE ONE COPY EACH OF THE DOCUMENTS/CERTIFICATES LISTED BELOW (WHERE RELEVANT)
SILA SERTAKAN SALAH SATU SALINAN DOKUMEN/SIJIL-SIJIL BERIKUT (YANG BERKAITAN)**

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Applicant's Identity Card
Kad Pengenalan Pemohon | <input type="checkbox"/> School Leaving Certificate
Sijil Kelepasan Sekolah | <input type="checkbox"/> Death Certificate of Deceased Parent
Sijil Kematian bagi Iubapa yang Meninggal |
| <input type="checkbox"/> Birth Certificate
Sijil Kelahiran | <input type="checkbox"/> Parent's Identity Card
Kad Pengenalan IbuBapa | <input type="checkbox"/> Baptism Certificate
Sijil Permandian |
| <input type="checkbox"/> School Certificate
Sijil Sekolah | <input type="checkbox"/> Guardian's Identity Card
Kad Pengenalan Penjaga | <input type="checkbox"/> First Holy Communion Certificate
Sijil Komuni Kudus Pertama |
| UPSR <input type="checkbox"/> PMR <input type="checkbox"/> SPM <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Divorce Certificate
Sijil Perceraian | <input type="checkbox"/> Confirmation Certificate
Sijil Penguatan |

K. FOR OFFICIAL USE ONLY / UNTUK KEGUNAAN PEJABAT

Date Application Received:	Date of Interview:
Date of Admission:	Interviewer:
Course (Workshop):	Monthly Contribution:
Sponsored by:	Amount Sponsored:
Date of Termination:	Terminated by:
Signature:	Date:

Reason(s) For Termination: Left on Own Accord Dismissed Others

Remarks:

Director