



MONTFORT YOUTH TRAINING CENTRE

Jalan Lama Penampang - Papar, Kinarut, 88200, Kota Kinabalu.

P.O. Box 612, 89507 Penampang, Sabah, Malaysia

Tel: (6 088) 755811. 755815 Fax: (6 088) 755849

RECENT
PHOTOGRAPH
OF APPLICANT

Gambar
Terkini
Pemohon

TRAINEE APPLICATION FORM Borang Permohonan untuk Pelatih

A. PERSONAL PARTICULARS / BUTIR-BUTIR PERIBADI

FULL NAME in Block Letters (as in I/C)
Nama Penuh dalam Huruf Besar (seperti dalam K/P):

IC 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/PT3/SPM	YEAR COMPLETED Tahun Tamat

C. COURSES OFFERED / KURSUS YANG DITAWARKAN

- MOTOR MECHANIC SKM LEVEL 2**
Mekanik Kenderaan Motor
- FACILITIES MAINTENANCE & CARPENTRY SKM LEVEL 2 & MYTC CERTIFICATE**
Penyelenggaraan Kemudahan & Pembuat Perabot
(Basic Single-Phase Electrical, Home Plumbing, Basic Welding, Air Conditioning & Refrigeration and Furniture Making)
- WELDING MYTC CERTIFICATE**
Jurukimpal Arka Logam Berperisai
- OIL PALM PLANTATION CONDUCTORSHIP PROGRAMME MYTC CERTIFICATE**
Program Penyeliaan Perladangan Kelapa Sawit

TRAINING DURATION : 2 years

Jangka masa latihan: 2 Tahun

1st CHOICE

Pilihan Pertama :

2nd CHOICE

Pilihan Kedua :

D. PERSONAL HEALTH / MAKLUMAT KESIHATAN

PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS / Sila jawab soalan-soalan berikut:

YES
Ya

NO
Tidak

- Are you under any medical observation by a doctor?
Adakah anda dalam pemerhatian doktor?
- Are you under any medication prescribed by a doctor?
Adakah anda ada mengambil ubat yang ditetapkan oleh doktor?
- Are you allergic to any medication or any food?
Adakah anda alah kepada sebarang ubat-ubatan atau makanan?
- Are you physically fit?
Adakah anda sihat dari segi fizikal?
- Do you wear spectacles?
Adakah anda memakai cermin mata?
- Do you have hearing problem?
Adakah anda mempunyai masalah pendengaran?

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

E. REASONS FOR APPLICATION / SEBAB-SEBAB MEMOHON

STATE BRIEFLY YOUR REASONS FOR APPLYING TO STUDY IN MONTFORT.
Nyatakan Dengan Ringkas Sebab-Sebab Memohon Belajar di MONTFORT

F. PARTICULARS OF FAMILY / BUTIR-BUTIR KELUARGA**1. FATHER / GUARDIAN NAME / Nama Bapa / Penjaga :****I/C NO:**House: ☐ Owned ☐ Rented
Rumah: ☐ Milik Sendiri ☐ Sewa**OCCUPATION:**

Pekerjaan:

PERMANENT:

Tetap

PART-TIME:

Kerja sambilan

MONTHLY INCOME :

Pendapatan Bulanan :

OTHER INCOME:

Pendapatan lain

2. MOTHER / GUARDIAN NAME / Nama Ibu / Penjaga :**I/C NO:**House: ☐ Owned ☐ Rented
Rumah: ☐ Milik Sendiri ☐ Sewa**OCCUPATION:**

Pekerjaan:

PERMANENT:

Tetap

PART-TIME:

Kerja sambilan

MONTHLY INCOME :

Pendapatan Bulanan :

OTHER INCOME:

Pendapatan lain

3. HOME ADDRESS: / Alamat Rumah:**TELEPHONE NO: / No. Telefon**

Father :

Mother :

Guardian:

4. PARTICULARS OF SIBLINGS/ Butir-butir Adik-beradik

NO.	NAME Nama	GENDER Jantina	AGE Umur	MARITAL STATUS Taraf Perkahwinan	OCCUPATION / EDUCATION LEVEL Pekerjaan / Pendidikan	MONTHLY INCOME Pendapatan Bulanan
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

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: -	
		House: ☐ Owned ☐ Rented Rumah: ☐ Milik Sendiri ☐ Sewa	
OCCUPATION: Pekerjaan:	PERMANENT: Tetap ☐	PART-TIME: Kerja sambilan ☐	MONTHLY INCOME : Pendapatan Bulanan : OTHER INCOME: Pendapatan lain
HOME ADDRESS: / Alamat Rumah:		TELEPHONE NO: / No. Telefon	
		(H)	
		(O)	
SIGNATURE/TANDATANGAN:		(H/P)	

SECOND REFEREE / RUJUKAN KEDUA

NAME>Nama (Mr./ Mrs./ Miss) (En./ Pn./ Cik):		I/C NO: -	
		House: ☐ Owned ☐ Rented Rumah: ☐ Milik Sendiri ☐ Sewa	
OCCUPATION: Pekerjaan:	PERMANENT: Tetap ☐	PART-TIME: Kerja sambilan ☐	MONTHLY INCOME : Pendapatan Bulanan : OTHER INCOME: Pendapatan lain
HOME ADDRESS: / Alamat Rumah:		TELEPHONE NO: / No. Telefon	
		(H)	
		(O)	
SIGNATURE/TANDATANGAN:		(H/P)	

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, Peraturan dan Undang-Undang yang dikuatkuasakan 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 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 sepenuhnya kuasa kepada Pengarah dan Pegawai-pegawainya menjaga hal-ehwal kesihatan, mendidik dan memberi latihan kemahiran kepada anak/jagaan saya.

Saya bersetuju bahawa tindakan dan hal-hal disiplin yang akan dikenakan dengan tujuan untuk pelajaran dan pengajaran jika 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 name / Nama Ibubapa/Penjaga: _____

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

Signature of Parents/Guardian / Tandatangan Ibubapa/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)**

☐ Applicant Identity Card
Kad Pengenalan Pemohon

☐ Primary School Leaving Certificate
Sijil Kelepasan Sekolah Rendah

☐ Death Certificate of Deceased Parent
Sijil Kematian bagi Ibubapa yang Meninggal

☐ Birth Certificate
Sijil Kelahiran

☐ Secondary School Leaving Certificate
Sijil Kelepasan Sekolah Menengah

☐ Baptism Certificate
Sijil Permandian

School Examination Result
Sijil Keputusan Peperiksaan Sekolah

☐ Parents Identity Card
Kad Pengenalan IbuBapa

☐ First Holy Communion Certificate
Sijil Komuni Kudus Pertama

UPSR ☐ PT3 ☐ SPM ☐

☐ Guardian Identity Card
Kad Pengenalan Penjaga

☐ Confirmation Certificate
Sijil Penguatan

☐ Divorce Certificate
Sijil Perakuan Cerai

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