

**LIABILITY WAIVER AND CONSENT FORM FOR PARTICIPATION IN OFF -
CAMPUS ACTIVITIES / STUDY TOURS**

*Dean,
Faculty of Applied and Creative Arts,
Universiti Malaysia Sarawak,
94300 Kota Samarahan, Sarawak*

Prof./Assoc. Prof./Dr./Mr./Ms.,

**Subject: Liability Waiver and Consent for Off-Campus Activities / Study
Tours**

I,

Full Name:

Identification Card No. (IC/Passport):

Student Matric No.:

hereby acknowledge and agree to participate in the following activity:

- **Activity/Tour Name:**
- **Date:**
- **Duration:**
- **Location:**

I acknowledge that participation in this activity is voluntary, and I fully accept all associated risks. I hereby assume full responsibility for my personal safety and agree to comply with all regulations set forth by the university and the organizing body.

I also waive my right to hold **Universiti Malaysia Sarawak (UNIMAS)** liable for any incidents, injuries, or losses that may occur during the course of the activity. I understand that UNIMAS and its representatives shall not be held responsible for any claims, damages, or legal actions arising from my participation.

Furthermore, I confirm that I have informed my **parents/guardian/emergency contact** about my participation in this program.

Sincerely,

Signature: _____

Full Name: _____

Matric No.: _____

Date: _____

Phone Number: _____

MEDICAL TREATMENT AND SURGICAL CONSENT FORM

I,

(Full Name of Parent/Guardian/Student/Representative):

Identification Card No. (IC/Passport):

Matric No. (for students, if applicable):

☐ **Authorize** / ☐ **Do not authorize** * the Faculty of Applied and Creative Arts (FSGK) or its appointed representative to sign a **Medical Treatment and Surgical Consent Form** on my behalf, if required by medical personnel in the event of an emergency, where I am unable to provide consent at the necessary time.

I agree not to make any claims or legal demands against the university or its representatives concerning this consent.

Sincerely,

Signature: _____

Full Name: _____

Matric No.: (if applicable) _____

Date: _____

Witness Details:

Signature of Witness: _____

Full Name: _____

Date: _____

Identification Card No. (IC/Passport): _____

Position/Designation: _____

Emergency Contact Number: _____

INSTRUCTIONS FOR FORM SUBMISSION

- After completing this form, students must **submit it to the supervising lecturer or activity coordinator**.
- The supervising lecturer/coordinator shall **forward the form to the Office of the Deputy Dean of Student Affairs (HEPA) at FSGK for official records and further action**.

**BORANG PELEPASAN TANGGUNGJAWAB MENGIKUT AKTIVITI / LAWATAN
SAMBIL BELAJAR DI LUAR KAWASAN UNIMAS**

*Dekan,
Fakulti Seni Gunaan Dan Kreatif,
Universiti Malaysia
Sarawak, 94300 Kota
Samarahan, Sarawak*

Prof/Prof Madya/Dr/Tuan/Puan,

**BORANG PELEPASAN TANGGUNGJAWAB MENGIKUT AKTIVITI /
ROMBONGAN / LAWATAN SAMBIL BELAJAR DI LUAR KAWASAN UNIMAS**

Dengan hormatnya perkara di atas adalah dirujuk.

Saya _____ **No.K/P:** _____ **No.Matrik:** _____ dengan
ini bersetuju mengikuti program seperti di bawah:

Aktiviti/ Lawatan :
Tarikh :
Tempoh :
Tempat :

Saya bertanggungjawab sepenuhnya terhadap keselamatan diri sepanjang menyertai aktiviti luar universiti dan akan mematuhi segala peraturan yang ditetapkan. Saya menerima tanggungjawab sepenuhnya terhadap sebarang risiko atau kecuaiian yang berlaku. Saya tidak akan menuntut sebarang ganti rugi atau mengambil tindakan undang-undang terhadap Universiti Malaysia Sarawak sekiranya berlaku kejadian yang tidak diingini sepanjang program ini berlangsung. Saya juga bertanggungjawab untuk memaklumkan penglibatan saya dalam program ini kepada ibu bapa atau penjaga saya.

Sekian.Terima

Yang benar

Nama:

No. Matrik:

Tarikh:

No Tel:

SURAT AKUAN KEBENARAN RAWATAN DAN PEMBEDAHAN

Dengan hormatnya perkara di atas adalah dirujuk.

Saya _____ (nama ibu/bapa/penjaga/pelajar/wakil), **No.K/P:** _____,
No. Matrik (pelajar): _____ dengan ini **membenarkan / tidak membenarkan**
* pihak Fakulti (FSGK) atau wakilnya menandatangani surat / Borang Kebenaran
Rawatan dan Pembedahan yang diminta oleh pihak Pegawai Perubatan sekiranya
berlaku sesuatu kecemasan sekiranya saya tidak dapat hadir pada masa yang
diperlukan.

Saya berjanji tidak akan membuat sebarang dakwaan atau tuntutan berhubung dengan
surat akuan kebenaran rawatan dan pembedahan ini.

Sekian, terima kasih.

Yang benar

Nama:

No.

Matrik:

Tarikh:

Disaksikan Oleh:

(Tandatangan Saksi)

Nama: _____ Tarikh: _____ No K.P: _____

Jawatan: _____ No Tel Waris/Saksi : _____

**Selepas melengkapkan borang ini, sila kumpulkan dan serahkan kepada pensyarah atau
penyelia aktiviti untuk disampaikan kepada Pejabat Timbalan Dekan HEPA bagi tujuan
rekod dan tindakan lanjut.*