



**BORANG PERMOHONAN PESERTA
PROGRAM MyLESEN B2 TAHUN 2026**

NEGERI :

KATEGORI : **B2**

No.:	
Dua (2) keping gambar berukuran pasport (Latar belakang putih)	

MAKLUMAT PERIBADI PESERTA			
Nama:			
No. Kad Pengenalan:	Jantina: ☐ Lelaki ☐ Perempuan	Umur:	
Alamat:			
Alamat E-Mel:	Jenis Bantuan Kerajaan Yang Diterima: STR/ eKasih/ Zakat/ Baitulmal/ JKM/ JAKOA/ LHDN/ Lain-lain (nyatakan)		
No. Tel. Bimbit:			
No. Tel. Rumah/ Pejabat:			
KEBENARAN IBU/ BAPA/ PENJAGA (BAGI PEMOHON KATEGORI B2 DI BAWAH 18 TAHUN)			
Nama Ibu/ Bapa/ Penjaga:			
No. Kad Pengenalan:	No. Tel. Bimbit:		
Dengan ini, saya *MEMBENARKAN / TIDAK MEMBENARKAN Anak/ Jagaan saya untuk menyertai Program ini.			
..... (Tandatangan Ibu/ Bapa/ Penjaga)		 (Tarikh)	
PENGAKUAN PEMOHON			
Dengan ini, saya mengaku bahawa semua maklumat yang diberikan adalah benar. Saya faham dan sedar bahawa saya perlu memenuhi dan mematuhi syarat-syarat yang telah ditetapkan bagi Program ini. Saya juga sedar dan akur bahawa penyertaan ke Program ini boleh dibatalkan sekiranya saya gagal mematuhi syarat-syarat yang telah ditetapkan oleh pihak Jabatan Pengangkutan Jalan Malaysia.			
..... (Tandatangan Pemohon)		 (Tarikh)	
*UNTUK KEGUNAAN PEJABAT JPJ SAHAJA			

- Potong yang tidak berkenaan.
- Permohonan kategori B2 perlu kemuka salinan Kad Pengenalan.



BORANG PERAKUAN KESIHATAN PESERTA PROGRAM MyLESEN B2 TAHUN 2026

NEGERI :

KATEGORI :

Untuk Kegunaan Pejabat:

Keputusan Saringan:

- ☐ Lulus
☐ Gagal
☐ Perlu pemeriksaan/
pengesahan doktor

NOTA

- Tandakan **Ya/ Tidak** pada ruang yang disediakan pada **Perkara 2, Perkara 3** dan **Perkara 4**.
- Jika jawapan anda "**Ya**" kepada satu atau lebih soalan pada **Perkara 3** dan **Perkara 4**, kami menasihati supaya anda untuk menghubungi doktor anda sebelum melibatkan diri dalam Program MyLesen B2 Tahun 2026.

1. MAKLUMAT PERIBADI PESERTA

Tarikh:		
Nama:		
Alamat:		
No. Kad Pengenalan:		Umur:
Tarikh Lahir:	Jantina: Lelaki/ Perempuan	Kumpulan Darah:

2. SEJARAH PERIBADI PESERTA*

Merokok:	Ya / Tidak	Alkohol:	Ya / Tidak
----------	------------	----------	------------

3. SEJARAH KESIHATAN PESERTA*

Asma:	Ya / Tidak	Epilepsy (Sawan):	Ya / Tidak	Lain-lain masalah kesihatan (Nyatakan):
Masalah Jantung:	Ya / Tidak	TB:	Ya / Tidak	
Diabetes:	Ya / Tidak	Gangguan Pendarahan:	Ya / Tidak	Kategori OKU
Psychiatric:	Ya / Tidak	Darah Tinggi:	Ya / Tidak	(Nyatakan):
Menjalani Pembedahan:	Ya / Tidak	Penyakit Telinga:	Ya / Tidak	No. Kad OKU:

4. SILA JAWAB SOALAN BERIKUT BERKENAAN SEJARAH MASA LALU ATAU SEMASA ANDA*

- a. Adakah anda hamil, atau anda dalam proses kehamilan? ☐ Ya ☐ Tidak
- b. Adakah anda merasa sakit di dada apabila anda melakukan aktiviti fizikal? ☐ Ya ☐ Tidak
- c. Adakah anda pernah terlibat dengan apa-apa kemalangan menghadkan pelaksanaan aktiviti fizikal? ☐ Ya ☐ Tidak
- d. Adakah anda pernah hilang pengawalan diri disebabkan kepeningan atau hilang kesedaran? ☐ Ya ☐ Tidak
- e. Adakah anda mempunyai masalah tulang atau sendi (Contohnya tulang belakang, lutut atau pinggul) dan akan bertambah teruk jika melakukan aktiviti fizikal? ☐ Ya ☐ Tidak
- f. Adakah doktor anda mempreskripsikan ubat/dadah untuk sebarang rawatan kesihatan anda sekarang? ☐ Ya ☐ Tidak

5. PERAKUAN

- i. Dengan ini, saya mengaku bahawa semua maklumat yang diberikan adalah benar.
- ii. Saya tidak akan membuat sebarang tuntutan kepada Kerajaan Malaysia/ Jabatan Pengangkutan Jalan Malaysia jika berlaku sebarang kemalangan disebabkan faktor kesihatan saya sepanjang Program MyLesen B2 Tahun 2026 ini dan saya bersetuju untuk bertanggung jawab mengenai kegagalan saya untuk mendedahkan apa-apa keadaan kesihatan yang sedia ada atau yang lalu.

Tandatangan Peserta :

.....

Nama:

Tarikh: