

BAHAGIAN PEMBANGUNAN PELAJAR

MAKLUMAT KOLEJ KEDIAMAN DAN HARI ORIENTASI

A. MAKLUMAT KOLEJ KEDIAMAN

1. Polisi Kediaman Universiti Selangor (UNISEL)

Universiti tidak diwajibkan oleh Akta Universiti dan Kolej Universiti (AUKU) 1971 dan Akta Institusi Pengajian Tinggi Swasta 1996 untuk menyediakan kediaman kepada pelajar UNISEL.

1.1 Kediaman di Kampus Bestari Jaya

1. Pelajar **DIWAJIBKAN** menduduki Kolej Kediaman yang disediakan oleh pihak universiti selama SATU TAHUN.
2. Penempatan untuk semester atau tahun seterusnya adalah tertakluk kepada kekosongan dengan mengambil kira kategori permohonan dan sistem merit.
3. Pelajar yang mendaftar sebagai penghuni kolej kediaman adalah tertakluk kepada polisi dan peraturan yang ditetapkan oleh pihak universiti dan lain-lain peraturan yang berkaitan.
4. Tindakan disiplin/tatatertib boleh dikenakan ke atas mana-mana pelajar yang didapati melanggar peraturan sedia ada.

1.2 Kediaman di Kampus Shah Alam

1. ASRAMA MAIS adalah penginapan yang disediakan oleh UNISEL untuk pelajar. Untuk tempahan dan maklumat berkaitan sila hubungi pihak pengurusan asrama di talian 03-5524 1562. Tempat adalah terhad dan tertakluk kepada kekosongan.
2. PENGINAPAN LUAR KAMPUS adalah unit-unit penginapan yang disediakan oleh operator atau pemilik rumah sewa berhampiran kampus UNISEL. Ianya berdaftar secara rasmi dengan UNISEL. Sila layari non-resident.unisel.edu.my untuk tempahan dan maklumat berkaitan penginapan luar kampus. Pertanyaan lanjut boleh hubungi 03-3280 5076. Tempat adalah terhad.

2. Kelengkapan Asas yang disediakan

- Katil dan tilam (tanpa cadar dan bantal)
- Almari Pakaian
- Meja dan kerusi belajar

3. Barang Keperluan Di Asrama (disediakan oleh pelajar sendiri)

- Bantal & Sarung Bantal
- Cadar (warna bebas)
- Kasut untuk ke kelas/sukan/ riadah
- Pakaian yang bersesuaian untuk solat/ bersukan/ riadah/ke kelas
- Keperluan alat penjagaan diri (toiletries)
- Ubat-ubatan
- Peralatan pembersihan bilik:- penyapu, penyodok, mop & baldi

4. Barangan Larangan

- Minuman Keras
- Rokok.
- Senjata
- Peralatan memasak

Nota: (a) Barangan larangan meliputi perkara yang menyalahi undang-undang negara.

(b) Barangan elektrik yang dibenarkan perlu didaftarkan.

B. MAKLUMAT HARI ORIENTASI

Perhatian : Semua mahasiswa/mahasiswi baru **DIWAJIBKAN** mengikuti hari orientasi.

Nota : Pemakaian *jeans* adalah tidak dibenarkan sepanjang Hari Orientasi.

Butiran Hari Orientasi	
Tarikh	20 - 23 Mei 2017 (Sabtu-Selasa)
Tempat	Dewan Canselor, Universiti Selangor Kampus Bestari Jaya, Jalan Timur Tambahan, 45600 Bestari Jaya, Selangor
Pemakaian Semasa Hari Orientasi	
Pakaian Formal (2 set)	<u>Lelaki</u> : Kemeja berkolar, seluar slack (warna gelap), kasut hitam dan tali leher. <u>Perempuan</u> : Baju kurung/ blouse dan seluar slack, kasut tertutup.
Pakaian Semi Formal	<u>Lelaki/Perempuan</u> : Seluar Slack, blouse / T-shirt berkolar (kesesuaian untuk 4 hari)
Pakaian Sukan	Bersesuaian (kesesuaian untuk 4 hari)
Kelengkapan solat (ibadah)	Baju Melayu/ Baju Kurung dan Telekung (kesesuaian untuk 4 hari)

BAHAGIAN HAL EHWAL PELAJAR

Maklumat Umum Etika Penampilan Pelajar

ETIKA PENAMPILAN PELAJAR HENDAKLAH DIPATUHI SEBELUM MEMASUKI MANA MANA PEJABAT PENTADBIRAN AM (UNISEL)

1. Sentiasa memakai kad pelajar / kad matrik.
2. Berpakaian kemas dan berpandukan gambar etika penampilan pelajar UNISEL.
3. Memakai baju berkolar, berambut pendek (tidak diwarnakan) & memakai kemeja bagi pelajar lelaki.
4. Pelajar perempuan adalah dilarang memakai pakaian atau berpenampilan yang menjolok mata.
5. Siswa/siswi adalah dilarang bertindik dan mempamerkan "Tatoo"
6. Dilarang memakai subang & rantai leher bagi lelaki.
7. Berseluar jeans, bertopi, berselipar dan berseluar pendek adalah tidak dibenarkan.

ETIKA RAMBUT

1. Setiap pelajar hendaklah sentiasa berambut kemas dan rapi.
2. Pelajar tidak dibenarkan menyimpan rambut panjang.
3. Pelajar tidak dibenarkan mewarnakan rambut.
4. Berfesyen rambut keterlaluan bagi lelaki dan perempuan adalah dilarang.
5. Rambut tidak boleh mencecah kolar bagi lelaki

Etika Berpakaian Pelajar Lelaki UNISEL



Etika Berpakaian Pelajar Perempuan UNISEL



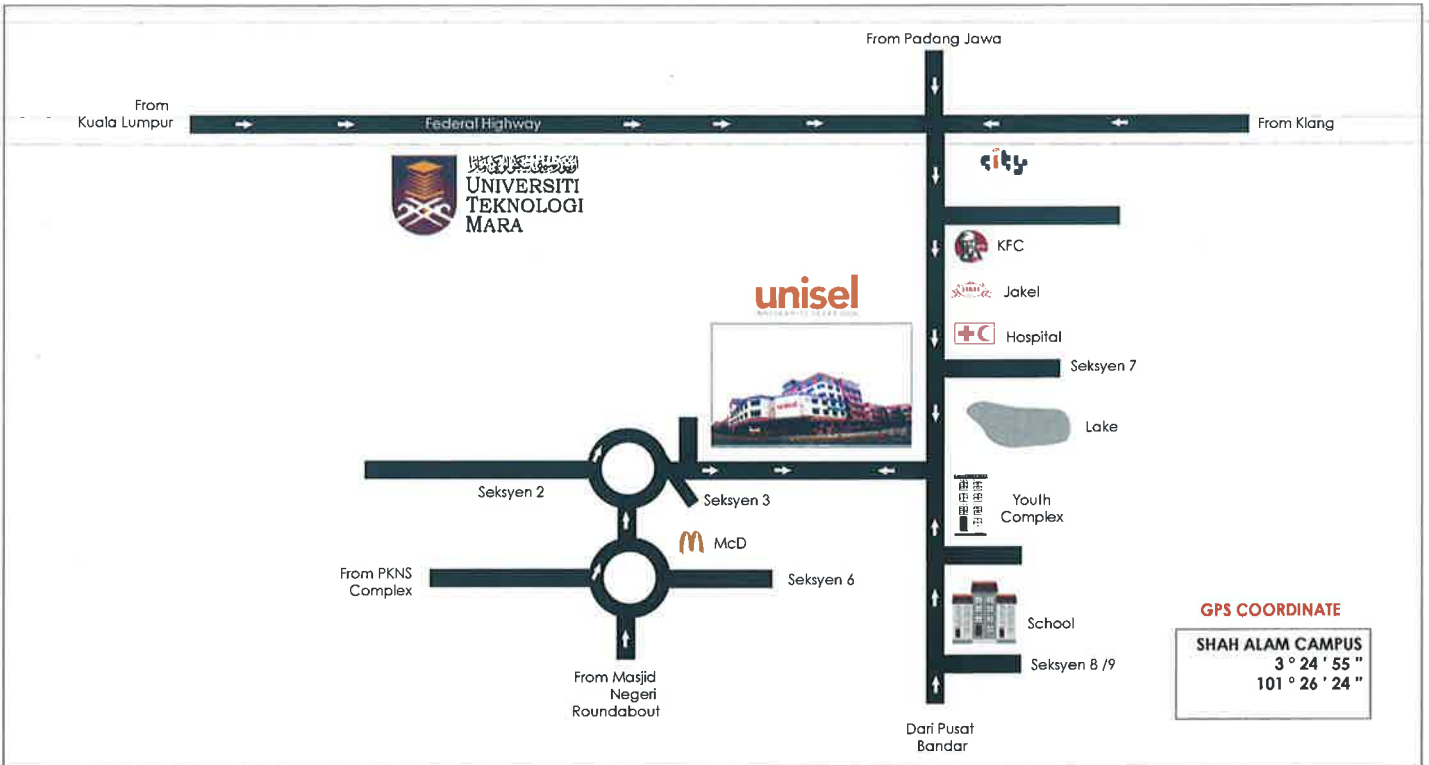
Etika Rambut Pelajar Lelaki UNISEL



KAMPUS BESTARI JAYA



KAMPUS SHAH ALAM



BORANG MAKLUMAT PELAJAR STUDENT INFORMATION FORM

Gambar
(Photograph)

Sila lampirkan satu salinan dokumen berikut yang telah di sahkan berukuran A4:

(Please attach one certified copy of each document in A4 size)

1. Salinan kad pengenalan/ pasport (Copy of Identification card/Passport)
2. Salinan sijil-sijil akademik (Copies of academic certificates)
3. Satu keping gambar berukuran pasport (One passport size photograph)

MOD PENGAJIAN (MODE OF STUDY)	:	Sepenuh Masa (Full Time)	:	Separuh Masa (Part Time)	SESI KEMASUKAN (INTAKE SESSION)
----------------------------------	---	-----------------------------	---	-----------------------------	------------------------------------

PROGRAM (PROGRAMME)	:	
------------------------	---	--

MAKLUMAT PERIBADI (PERSONAL PARTICULARS)

Nama/Name :

No. K/P/Pasport :

IC.No./Passport No.

Alamat Surat-menyurat :

Postal Address

Poskod/Postcode :

 Bandar/Town:

Negeri/Negara/State/Country :

No. Telefon/Telephone No. :

No. Telefon Bimbit :

Mobile Phone No.

Tarikh Lahir :

 Tempat Lahir/ Place of Birth :

Date of Birth

Taraf Perkahwinan/ : _____ Kaum/Race : _____
Marital Status

Warganegara/ Nationality : _____ Agama/Religion : _____

Orang kelainan upaya (OKU) Ya Tidak Jika Ya nyatakan _____

Disability Yes No If YES, please specify _____

Alamat Emel/Email Address :

MAKLUMAT IBU/BAPA/PENJAGA (PARENTS/GUARDIAN'S PARTICULARS)

Nama/Name :

No. K/P/Pasport :

IC.No./Passport No.

Alamat Surat-menyurat :

Postal Address

Poskod/Postcode :

 Bandar/Town:

Negeri/Negara/State/Country:

No. Telefon/Telephone No. :

No. Telefon Bimbit :

Mobile Phone No.

NAMA UNTUK DIHUBUNGI SEMASA KECEMASAN/EMERGENCIES CONTACT INFORMATION

Nama/Name :

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

Alamat Surat-menyurat :

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

 Postal Address
 Poskod/Postcode :

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

 Bandar/Town:
 Negeri/Negara/State/Country:

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

Pekerjaan/Occupation :

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

Hubungan/Relationship :

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

No. Telefon/Telephone No. :

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

No. Telefon Bimbit :

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

 Mobile Phone No.

PERAKUAN/DECLARATION

Saya mengaku bahawa segala maklumat yang diberi di dalam borang ini adalah benar. Saya sedia maklum pihak UNISEL berhak menarik balik tawaran program atau menamatkan pengajian saya dari UNISEL pada bila-bila masa sekiranya segala keterangan atau siji-sijil yang dikemukakan adalah palsu.

I hereby declare that all information stated in this form is correct and true and I understand that UNISEL has the right to revoke the programme offered or terminate my studies at any time if information or certificate given is false.

Tandatangan pelajar/ _____ Tarikh/Date : _____
 Student signature

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT/OFFICE USE ONLY

Tarikh dokumen diterima /

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

 Document Received On

Lengkap / Complete

Tidak Lengkap / Incomplete

UNIVERSITI SELANGOR
 Kampus Bestari Jaya
 Jalan Timur Tambahan, 45600 Beslari Jaya
 Selangor Darul Ehsan, Malaysia

Telefon: +603-32805020/+603-32806080
 Emel: unit_rekod@unisel.edu.my

UNIVERSITI SELANGOR
 Kampus Shah Alam
 Jalan Zirkon A7A, 40000 Shah Alam
 Selangor Darul Ehsan, Malaysia

Telefon: +603-55223481
 Emel: urksa@unisel.edu.my

LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN

REPORT OF HEALTH EXAMINATION


 GAMBAR TERBARU
(SAIZ PASPORT)

Untuk diisi oleh pemohon / To be completed by the candidates

BAHAGIAN 1 / PART 1

FAKULTI / FACULTY

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

KURSUS / COURSE

NAMA PENUH / FULL NAME

NO. KAD PENGENALAN / PASPORT / IDENTITY CARD / PASPORT NO

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

UMUR / AGE

--	--

 TAHUN / YEAR

KEWARGANEGARAAN / NATIONALITY

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

TARIKH LAHIR / DATE OF BIRTH

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

 LELAKI / MALE

 PEREMPUAN / FEMALE

 BUJANG / SINGLE

 KAHWIN / MARRIED

NAMA PENJAGA / NAME OF GUARDIAN

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

ALAMAT PENJAGA / POSTAL ADDRESS OF GUARDIAN

NO. TELEFON / HOUSE TELEPHONE NO.

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

NO. TELEFON BIMBIT / HANDPHONE NO.

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

BAHAGIAN 2 - Sila tandakan (✓) di kotak berkenaan / PART 2 - Please tick (✓) the relevant box
 Adakah anda / keluarga mengalami : Lelah, batuk kering, darah tinggi, sakit jantung,
kencing manis, sakit buah pinggang, gila babi, sakit jiwa, penyalahgunaan dadah,
kecacatan anggota, kanser, pembedahan, alahan.

 Have you / family had the following : Asthma, tuberculosis, hypertension, heart diseases,
diabetes mellitus, kidney disease, epilepsy, mental illness, drug addiction, deformity, cancer
operations, allergies.

	Tidak / No	Ya / Yes
Sendiri / Self	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keluarga / Family	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jika Ya, Sila nyatakan / If yes, please state _____

 Saya dengan ini mengaku segala maklumat kesihatan yang diberikan di atas adalah benar.
(I hereby certify that the information given above is correct)

 Tandatangan
(Signature of Candidates)

BAHAGIAN 3 / PART 3

UNTUK DIISI OLEH DOKTOR YANG MEMERIKSA /
TO BE FILLED BY EXAMINING DOCTOR

1. PEMERIKSAAN UMUM / GENERAL EXAMINATION

TINGGI / HEIGHT sentimeter

BERAT / WEIGHT kilogram

NADI / PULSE seminit

BLOOD PRESSURE mmHg

- a. PALLOR b. CYNOSIS c. CEDEMA d. JAUNDICE e. LYMPHNODES f. SKIN

	KANAN/ RIGHT	KIRI/ LEFT	Catatan Doktor / Verification of doctor's findings
2. PEMERIKSAAN MATA / EXAMINATION ON EYE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
a. PENGLIHATAN TANPA KACA MATA / UNAIDED VISION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. PENGLIHATAN DENGAN KACA MATA / AIDED VISION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. FUNDOSCOPY	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d. PENGLIHATAN WARNA / COLOUR VISION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	NORMAL	ABNORMAL	
3. PEMERIKSAAN TELINGA / EXAMINATION OF EAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. RUANG MULUT / ORAL CAVITY	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. JANTUNG / HEART	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. a. SISTEM RESPIRATORI / RESPIRATORY SYSTEM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. X-RAY	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

TARIKH X-RAY / DATE X-RAY

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

TEMPAT / PLACE

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

NO RUJUK X-RAY / X-RAY REF. NO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

7. ABDOMEN & RONGGA HERNIA / ABDOMEN & HERNIA ORIFICES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. SISTEM SARAF DAN MENTAL / NERVOUS SYSTEM AND MENTAL CONDITION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. SISTEM MUSKULOSKELETAL / MUSCULOSKELETAL SYSTEM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. LAIN-LAIN / OTHERS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

REMINDER :

1. STUDENT SHOULD SUBMIT HEALTH EXAMINATION REPORT TO THE ACADEMIC RECORD UNIT COUNTER DURING THE REGISTRATION DAY
2. STUDENT IS REQUESTED TO KEEP THE X-RAY FILM FOR FURTHER REFERENCE

BAHAGIAN 4 / PART 4

11. PEMERIKSAAN AIR KENCING / EXAMINATION OF URINE

GULA/
Sugar

ALBUMIN

MICROSCOPY _____

BAHAGIAN 5 / PART 5

PENGESAHAN DOKTOR / CERTIFICATION BY DOCTOR

Sila tandakan di dalam kotak yang berkenaan. *Please tick / In the appropriate box*

Saya mengesahkan bahawa pada hari ini saya telah memeriksa / *Certify that I have this day examined*

(Nama Calon) _____ No. KP / IC NO _____

dan mendapati bahawa / :

and found

Beliau tidak menghadapi apa-apa penyakit dan disahkan sihat.

The above named is in good health

Beliau menghidap.

The above named has _____

Beliau sedang mendapat rawatan

The above named is undergoing treatment _____

Tarikh :

Date

Tandatangan Doktor

Signature Doctor

Nama Doktor

Name of Doctor

Kelulusan dan Cop Rasmi Klinik

Qualification and official stamp of clinic

PENGAKUAN KEBENARAN BIUS (ANAESTHESIA) DAN PEMBEDAHAN
AUTHORISATION FOR ANAESTHESIA AND SURGICAL PROCEDURE

Pegawai Kesihatan / Perubatan

Medical Officer / Student Health Physician

UNIVERSITI SELANGOR

JALAN ZIRKON A7 / A

SEKSYEN 7, 40000 SHAH ALAM

SELANGOR

Saya : _____ Bapa/ Ibu/ Penjaga kepada / *Father / mother / guardian to applicant*

(Nama Calon) _____ No. Kad Pengenalan / *I/C No.* _____

Dengan ini memberi kuasa kepada tuan untuk menandatangani kebenaran bagi pihak saya, jika pandangan doktor yang calon ini memerlukan rawatan bius (anaesthesia) atau / dan pembedahan, sedangkan saya tidak dapat hadir pada masa yang diperlukan.

Hereby authorize the medical officer to sign on my behalf anaesthesia or a surgical procedure on the applicant in my absence, in the event of an emergency, as confirmed by the attending doctor when required.

Saya tidak akan mendakwa atau mengambil sebarang tindakan terhadap Universiti jika berlaku sebarang kemungkinan yang timbul daripada prosedur tersebut.

I will absolve the University of any claims or responsibilities from any unfavourable consequences which may arise from the said procedure.

Tandatangan Bapa / Ibu / Penjaga

Signature of Father / Mother / Guardian

Tarikh

Date

Nama Bapa / Ibu / Penjaga

Name of Father / Mother / Guardian

Alamat :

Address

No. Telefon / *Telephone No.*

AIRPORT PICK-UP REQUEST FORM



Marketing and Admission Office of UNISEL provides a complementary one time pick up from Kuala Lumpur International Airport 2 (KLIA 2) for East Malaysia students and payment of RM750.00 (Registration Fee) as an acceptance fee is required. Please provide your travel itinerary to the **admission_student@unisel.edu.my** as soon as you have the details.

Please arrange your arrival date during weekdays (Monday - Friday) between 8:00am and 5:00pm.

***Request must be sent 7 days prior to arrival to admission_student@unisel.edu.my**

It is important that you complete the "airport pick-up service" request form and return it as soon as possible

PERSONAL INFORMATION	Student Name:	IC No:
	Email:	Phone No:
	Address:	
EMERGENCY CONTACT INFORMATION	Name:	Relationship:
	Email:	Telephone No:
ARRIVAL INFORMATION	Arrival Date:	Arrival Time:
	Flight no:	Number of Luggage:
	Name of Airline:	

Thank you for completing this request form. We look forward to meeting you!

If you have any questions, please contact us at admission_student@unisel.edu.my

FOR OFFICE USE ONLY

DATE RECEIVED

- Transport and driver arrangement
- Accommodation arrangement
- Staff to pick-up

ACTION TAKEN

(Please indicate person-in-charge name)