

Nomor Pendaftaran

--	--	--

FORMULIR PENDAFTARAN SISWA BARU

No. Pendaftaran : 01020221 dst Jam Pendaftaran

IDENTITAS SISWA

Nama Lengkap	: saya kunci
Nama Panggilan	:
Jenis Kelamin *)	: a. Laki – laki b. Perempuan
Tempat Tanggal Lahir	:
Agama	:
Bahasa Sehari – hari *)	: a. Indonesia b. Jawa c.
Alamat Tempat Tinggal	:
Nomor Telepon/ HP	: sayak kunci
Tinggal dengan *)	: a. Orang Tua b. Kakek/ Nenek c. Saudara/ Paman d.
Anak ke-	:
Jumlah Saudara Kandung	: , yaitu :

No.	Nama Saudara	Jenjang pendidikan	Nama Sekolah	Kelas/ Jurusan

KETERANGAN TENTANG AYAH KANDUNG

Nama Lengkap dan gelar	:
Agama	:
Pendidikan Terakhir *)	: a. SMA b. Akademi c. Sarjana d.
Pekerjaan	:
Nama Instansi	:
Alamat dan Telepon Kantor	:
Jabatan	:

Penghasilan per Bulan *)	: a. < 1,5 Juta b. 2-3 Juta c. > 3 juta d.
Alamat Rumah	:
Telepon Rumah/ HP	:
Email	:

KETERANGAN TENTANG IBU KANDUNG

Nama Lengkap dan gelar	:
Agama	:
Pendidikan Terakhir *)	: a. SMA b. Akademi c. Sarjana d.
Pekerjaan	:
Nama Instansi	:
Alamat dan Telepon Kantor	:
Jabatan	:
Penghasilan per Bulan *)	: a. < 1,5 Juta b. 2 -3 Juta c. > 3 juta d.
Alamat Rumah	:
Telepon Rumah/ HP	:
Email	:

KETERANGAN TENTANG WALI

Nama Lengkap dan gelar	:
Agama	:
Pendidikan Terakhir *)	: a. SMA b. Akademi c. Sarjana d.
Pekerjaan	:
Nama Instansi	:
Alamat dan Telepon Kantor	:
Jabatan	:
Penghasilan per Bulan *)	: a. < 1,5 Juta b. 2-3 Juta c. > 3 juta d.
Alamat Rumah	:

Nomor Pendaftaran

--	--	--

ANGKET STATUS KESEHATAN SISWA

IDENTITAS SISWA	
Nama Lengkap	:
Jenis Kelamin	:
Agama	:
Alamat Tempat Tinggal	:
Nomor Telepon	:
Berat Badan	:
Tinggi Badan	:
Golongan Darah *)	: a. A b. B c. O d. AB e.

KETERANGAN TENTANG ORANG TUA	
AYAH	
Nama Lengkap & gelar	:
Agama	:
Pendidikan terakhir	:
Pekerjaan	:
IBU	
Nama Lengkap & gelar	:
Agama	:
Pendidikan terakhir	:
Pekerjaan	:

RIWAYAT KESEHATAN SISWA		
Status Imunisasi *)	: a. BCG b. Campak c. DPT 1, 2, 3 d. Hepatitis 1, 2, 3 e.	
Pernah Mengalami Gangguan Mata *)	: a. Ya b. Tidak	
Bila ya, catatan/ rekomendasi khusus dari dokter	:	
Pernah Mengalami Gangguan THT *)	: a. Ya b. Tidak	
Bila ya, catatan/ rekomendasi khusus dari dokter	:	
Apakah Memiliki Alergi *)	: a. Ya b. Tidak	
Bila ya, penyebab alergi *)	<div> <div> : a. Makanan reaksi a. Gatal-gatal b. Suhu tubuh b. Sesak nafas c. Debu c. Diare d. Bahan Tertentu d. Bersin-bersin e. Lain-lain </div> </div>	
Pernah perawatan di Rumah sakit	: a. ya b. Tidak	
Bila ya,	Nama rumah sakit	:
	Penyebab dirawat	:
	Tanggal dirawat	:
	Catatan/ rekomendasi khusus setelah dirawat	:
Pernah pergi ke dokter?	: a. ya b. Tidak	
Bila ya,	penyebabnya	:
	Jenis penyakit	:
	Catatan/ rekomendasi khusus dari dokter	:

Blitar,
Orang Tua/ Wali
