

SURAT KETERANGAN SEHAT

No : 39...../K-KS/SKS/.....[√]...../2025

Yang bertanda tangan dibawah ini, menerangkan bahwa :

Nama : TRISHINTA DEWI.....

Umur : 23 TAHUN.....

Alamat : Ds. TERSANA RT 002 / RW 001
KEC. PABEDILAN KAB. CIREBON

Telah kami periksa dan dapat disimpulkan bahwa yang bersangkutan
FIT / UNFIT

Surat keterangan sehat ini digunakan untuk..... **KKN**
.....

BB : 45..... kg

TB : 157..... cm

TD : 123 / 79..... mmHg

MATA : ~~Buta Warna~~ / Tidak Buta Warna*, Visus **5/5**.....

TELINGA : **NORMAL**

*coret yang tidak perlu

Pabedilan, **13 Jun 2025**

Dokter yang memeriksa



KLINIK
Keluarga
s e h a t



(dr. Eri Juhaeriah)
ID 32091467110920003