



PEMERINTAH KABUPATEN CIREBON  
DINAS KESEHATAN  
**PUSKESMAS KALIWEDI**

Jl. Raya Ki Gesang No 01 Kaliwedi Lor Kecamatan Kaliwedi  
Email : puskaliwedi2021cirebonkab@gmail.com Kaliwedi - 45165



**SURAT KETERANGAN SEHAT**  
Nomor: 445/34 - PKMKLWD/2025

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama

dr. Farah Arviani Azzahra

..... SIP. MR32092501004047 .....

Dokter di

: Puskesmas Kaliwedi

Menerangkan bahwa :

Nama

..... Endang Lestari .....

Tanggal Lahir (Umur)

..... 14 - Juni - 2004 (21th) .....

Jenis Kelamin

..... ~~Laki~~ Laki / Perempuan .....

Pekerjaan

..... Mahasiswa .....

Alamat Lengkap

..... Dusun IV RT/RW 002/007  
Desa Curwa Kraul - Kec. Kaliwedi - Kab. Cirebon .....

Berdasarkan pemeriksaan kami, yang bersangkutan dinyatakan **SEHAT**

Surat Keterangan Ini Dibuat Untuk Keperluan :

..... Persyaratan KKM .....

Demikian agar maklum untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

**Keterangan:**

Tinggi Badan

..... 157 ..... cm

Berat Badan

..... 50 ..... kg

Tensi

..... 100 / 70 ..... mmHg

Nadi

..... 80 ..... Kali/Menit

Penglihatan

..... Tidak Buta Warna/Buta Warna .....

Pendengaran

..... Normal / Tidak Normal .....

Suhu

..... 36.5 ..... °C

Cirebon, 15 - Juli - 2025

