



DINAS SOSIAL PROVINSI LAMPUNG
UPTD PELAYANAN SOSIAL ASUHAN ANAK
HARAPAN BANGSA (PSAA-HB) KALIANDA

Jalan Lettu Rohani No. 06 Desa Kedaton Tlp/fax. (0727) 322482 email : psaaharapanbangsa@yahoo.co.id

SURAT PERNYATAAN IZIN
ORANG TUA/WALI ANAK ASUH PANTI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Tempat tanggal lahir :
No KTP :
Alamat :
Pekerjaan :
(Identitas sesuai KTP yang berlaku)

Selaku orang tua/wali dari :

Nama :
Tempat tanggal lahir :
Jenis Kelamin :

Dengan ini menyatakan :

1. Menyetujui dan memberi izin kepada anak tersebut diatas tinggal diasrama Panti UPTD PSAA-HB Kalianda, untuk selanjutnya masuk sekolah pendidikan Formal dan mendapatkan bantuan biaya sesuai ketentuan/peraturan yang ada, dengan tidak mengurangi kewajiban dan atau tanggung jawab saya selaku orang tua/wali.
2. Ikut memberi dukungan pengawasan terhadap anak tersebut diatas dalam hal mentaati TATA TERTIB panti PSAA-HB Kalianda.
3. Ikut berperan memberi pengawasan terhadap anak tersebut diatas sebagai murid/siswa sekolah.
4. Apabila anak tersebut diatas melakukan perbuatan yang melanggar hukum, baik didalam maupun diluar asrama panti UPTD PSAA-HB Kalianda maka saya tetap bertanggung jawab sebagai orang tua/wali.
5. Tidak akan menuntut dalam bentuk apapun apabila anak tersebut diatas dikembalikan kepada orang tua/wali yang disebabkan karena :
 - Melakukan perbuatan Kriminal/pidana
 - Melanggar tata tertib anak asuh Panti UPTD PSAA-HB Kalianda
 - Dikeluarkan dari pihak sekolah dengan alasan tertentu.
 - Alasan faktor kesehatan tertentu (yang dinyatakan oleh Dokter)

Demikian surat pernyataan ini dibuat dalam keadaan sadar, tanpa ada paksaan dari pihak manapun dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kalianda,
Yang membuat pernyataan

.....