

FORMULIR DATA CALON KLIEN BARU

No Register :
Tanggal Pencatatan :

I. IDENTITAS ANAK

1. Nama :
2. Nama Panggilan :
3. Tempat, Tanggal Lahir :
4. Agama :
5. Pendidikan Tertinggi :
6. Alamat Tempat Tinggal :
7. Status Anak : Anak Kandung / Anak Angkat / Anak Tiri
8. Anak : Ke Dari Bersaudara
9. Hobi :

Photo
3 x 4

II. IDENTITAS ORANG TUA/

A. AYAH

1. Nama :
2. Tempat, Tanggal Lahir :
3. Agama :
4. Pendidikan Tertinggi :
5. Pekerjaan :
6. Alamat :

B. IBU

- :
-
-
-
-
-

III. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. Pendidikan Terakhir : **SEKOLAH DASAR (SD)** ☐ Tidak-Tamat
☐ Tamat
SMP/SLTA ☐ Tidak-Tamat
☐ Tamat
SMA/SLTA ☐ Tidak-Tamat
☐ Tamat
2. Latihan / Kursus Yang Pernah Diikuti :
3. Apakah Pernah Tinggal Kelas : ☐ Ya
☐ Tidak
4. Alasan Tidak Meneruskan Sekolah :

III. RIWAYAT KESEHATAN

1. Penyakit kronis yang pernah di derita

- a.
- b.
- c.

2. Kesehatan Mental / Rohani

- a. Sehat
- b. Ada gangguan jiwa / rohani

Kabid Rehabilitasi Sosial Kabupaten

.....,20.....
Orang Tua/Wali

- 1.
- 2.
- 3.

.....

Mengetahui :
Kepala Dinas Sosial Kabupaten

.....

NIP