**SURAT KETERANGAN KESEHATAN**

1. **IDENTITAS DIRI**

|  |  |
| --- | --- |
| Nama Siswa |  |
| N I S N |  |
| Nama Sekolah |  |

1. **KONDISI FISIK DAN KESEHATAN** (Diisi oleh tenaga kesehatan/dokter)
2. **Data Fisik**

|  |  |
| --- | --- |
| Tinggi Badan | .......................cm |
| Berat Badan | .......................kg |
| BMI | .......................  BMI = Berat Badan : (Tinggi Badan)2 |
| Tekanan Darah | Sys .......... / ...............  Dia .......... / ................ |
| Denyut Nadi Istirahat | ................ / menit |

1. **Data Kesehatan Indera**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **a. Mata** (Penglihatan) | | **b. Telinga** (Pendengaran) | |
| |  | | --- | |  | | Normal | |  | | --- | |  | | Normal |
| |  | | --- | |  | | Buta Warna | |  | | --- | |  | | Tuli |
| |  | | --- | |  | | Silindris/Juling/Plus-Minus | |  | | --- | |  | | Serumen Obstruksi |

1. **Riwayat Kesehatan (yang pernah diderita)**

Apakah anda pernah mengalami sakit dan/atau kelainan fisik untuk hal-hal dibawah ini :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Jantung |  | Epilepsi / Ayan |
|  | Asma |  | Cedera Fisik Permanen |
|  | Ginjal |  | Lainnya (sebutkan)...................................... |
|  | Paru-Paru |  | Tidak Ada |

1. **Kesimpulan**

Setelah melakukan pemeriksaan, siswa dinyatakan:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Sehat |
|  | Tidak Sehat |

**Catatan: (**Apabila ada pertimbangan khusus**)**

.......................................................................................................................................................................................... ..........................................................................................................................................................................................

Demikian informasi ini disampaikan dengan sebenar-benarnya berdasarkan hasil pemeriksaan yang dilakukan terhadap yang bersangkutan.

…………………, ………….……………. 2024

Pemeriksa,

.........................................................................

(Nama Lengkap dan Cap Institusi Pemeriksa)