

A. IDENTITAS DIRI (diisi oleh siswa)

Nama Siswa
N I S N
Nama Sekolah (SMA/SMK/MA)

B. KONDISI FISIK DAN KESEHATAN (diisi oleh tenaga kesehatan/dokter)

B.1 Kondisi Fisik

Tinggi Badancm
 Berat Badankg
 BMI BMI = Berat Badan / (Tinggi Badan)²
 Tekanan Darah Sys
 Dia
 Denyut Nadi Istirahat / menit

B.2 Kondisi Kesehatan Indera (beri tanda \checkmark pada kotak yang sesuai)

(a) Mata (Penglihatan)		(b) Telinga (Pendengaran)	
Normal	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>
Buta Warna	<input type="checkbox"/>	Tuli	<input type="checkbox"/>
Mata Juling, Silindris, Plus-Minus	<input type="checkbox"/>	Serumen Obstruksi	<input type="checkbox"/>

B.3 Riwayat Penyakit (yang pernah diderita siswa), Beri tanda \checkmark pada kotak yang sesuai

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

Jantung	<input type="checkbox"/>	Epilepsi / Ayan	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	Cedera Fisik Permanen	<input type="checkbox"/>
Ginjal	<input type="checkbox"/>	Lainnya (sebutkan).....	<input type="checkbox"/>
Paru-Paru	<input type="checkbox"/>	Tidak Ada	<input type="checkbox"/>

C. KESIMPULAN HASIL PEMERIKSAAN (beri tanda \checkmark pada kotak yang sesuai)

Setelah melakukan pemeriksaan, siswa dinyatakan:

Sehat	<input type="checkbox"/>	Tidak Sehat	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	-------------	--------------------------

D. CATATAN (apabila ada pertimbangan khusus)

.....

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

.....2019
 Pemeriksa

(.....)**
 Nama Lengkap dan Cap Institusi Pemeriksa