Sekolah Alam Bintaro

FORMULIR KESEHATAN

Nomor: □ □□ Tahun Pelajaran 2010/2011

Nama Lengkap/Panggilan Calon Murid: **No. Formulir Pendaftaran:**

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□/□□□□□

Golongan Darah: □A / □B / □AB /□ O

Asuransi Kesehatan:□Ya dari lembaga**: _____No. Polis:_____**
□Tidak

Keadaan darurat yang harus dihubungi selain orangtua :

	Keluarga	Dokter	Rumah Sakit
Nama/Telepon			
Nama/Telepon			

Kondisi / Riwayat Kesehatan: [bila uraian penjelasan melebihi kolom yang tersedia, silahkan tulis di balik formulir ini]

Alergi Terhadap Obat/makanan tertentu □Ya / □Tidak [bila ya jelaskan]	Dalam Masa Pengobatan. □Ya / □Tidak [bila ya jelaskan]
Menggunakan Kaca mata: □Ya / □Tidak	Alat Bantu Dengar: □Ya (kanan/kiri)/ □Tidak
Pernah dioperasi: □Ya / □Tidak [bila ya jelaskan]	Masalah fisik / psikologis khusus: □Ya / □Tidak [bila ya jelaskan]
Menderita ADD / ADHD (Attention Deficit Disorder / AD Hyperactive D), Gangguan konsentrasi / disertai impulsivitas ? □Ya / □Tidak	Masalah Neurotis/Autism: □Ya / □Tidak [bila ya jelaskan]
Masalah pada hidung : □Ya / □Tidak [bila ya jelaskan]	Menderita epilepsi ? □Ya / □Tidak [bila ya jelaskan]
Sakit pada tulang: □Ya / □Tidak [bila ya jelaskan]	Sakit pada kulit ? □Ya / □Tidak [bila ya jelaskan]
Sakit kepala yang hebat / migrain: □Ya / □Tidak [bila ya jelaskan]	Alergi terhadap benda tertentu: □Ya / □Tidak [bila ya jelaskan]
Mempunyai sakit turunan □Ya / □Tidak [bila ya jelaskan]	Lain-Lain □Ya / □Tidak [bila ya jelaskan]

Pernyataan Orang Tua/Wali:

1. Memberi kuasa kepada Sekolah untuk memberikan pertolongan pertama apabila terjadi keadaan gawat darurat atau kecelakaan pada anak kami di Sekolah, yang memerlukan penanganan (perawatan) secepatnya.
2. Bahwa semua isian data di atas adalah sebagaimana fakta yang ada dan kami, selaku orang tua/wali, bertanggungjawab penuh atas kebenarannya

_____, _____ 20___

(…….)
Orangtua / Walimurid