



IZIN OPERASIONAL NO. 425.11 / 3977 – Disdik

Program Keahlian : Keperawatan – Farmasi – Analisis Kesehatan

Jalan Raya Cibatu Garut, Desa Sukahaji Kec. Sukawening – Garut Tlp: (0262) 2860750 / smkbidaramuktigarut@gmail.com

Peminatan : ☐ Keperawatan ☐ Farmasi ☐ Analisis Kesehatan

Direkomendasikan oleh :

FORMULIR PESERTA DIDIK

1 Nama Lengkap

:

2 Jenis Kelamin

:

☐ Laki - laki ☐ Perempuan

3 NISN

:

4 No. Kartu Keluarga

:

5 No.Induk Kependudukan(NIK)

:

a NPSN Sekolah Asal

:

b Nama Sekolah Asal

:

6 Tempat, Tgl Lahir

:

, / /

7 Agama

:

8 Alamat Tempat Tinggal

:

a Dusun

:

RT RW

b Kelurahan / Desa

:

Kode Pos

c Kecamatan

:

d Kabupaten / Kota

:

e Propinsi

:

9 Alat Transportasi ke Sekolah

:

10 No. Hp

:

11 Email Pribadi

:

12 No KIP

:

*) KIP : Kartu Indonesia Pintar

DATA AYAH KANDUNG (WAJIB DIISI)

13 Nama Ayah

:

Tahun Lahir

a No NIK

:

b Pekerjaan

:

Penghasilan Bulanan

c Pendidikan

:

☐ SD ☐ SMP ☐ SMA/K ☐ S1 ☐ S2 ☐ Lainnya

d No HP

:

DATA IBU KANDUNG (WAJIB DIISI)

14 Nama Ibu

:

Tahun Lahir

a No NIK

:

b Pekerjaan

:

Penghasilan Bulanan

c Pendidikan

:

☐ SD ☐ SMP ☐ SMA/K ☐ S1 ☐ S2 ☐ Lainnya

d No HP

:

DATA PERIODIK (WAJIB DIISI)

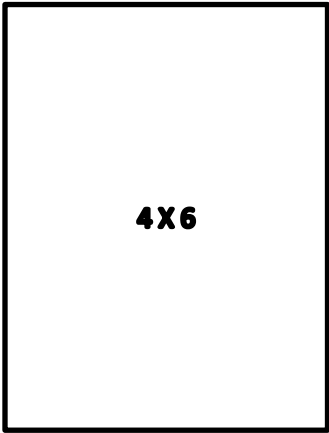
15 Tinggi Badan

:

v. Berat Badan Kg

18 Jumlah Saudara Kandung

:



- 1 Satu Lembar fotocopy Ijazah/STTB/SKL yang dilegalisir oleh Kepala Sekolah

2 Surat Keterangan Kelakuan Baik dari sekolah/SKCK dari kepolisian

3 2 Lembar pas foto berwarna ukuran 3 x 4 cm dan 4 x 6 cm

4 Fotocopy raport semester 5 dan 6 untuk peringkat 20 besar dikelas

5 Fotocopy Kartu Keluarga
- Garut ,2025

Peserta Didik
- Yang Merekomendasikan

.....