

**DATA CALON SISWA**

Nama Lengkap (Nama Panggilan).		Jenis Kelamin.	Kelas.
Tempat / Tanggal Lahir.		Masuk Sekolah Tanggal.	Photo.
Alamat Rumah.	Asal Sekolah / alamat.		
Telepon.	Warganegara.		

**DATA KAKAK ADIK**

(Jika lebih dari 3, tulis di belakang lembaran ini.)

No.	Nama.	Kelamin.	Tanggal Lahir.	Nama Sekolah	Kelas.
1.					
2.					
3.					

**DATA ORANG TUA / WALI MURID**

Nama.	Ayah.	Ibu.	Wali Murid.
Alamat Rumah.			
Telepon.			
Pekerjaan / jabatan.			
Kantor / alamat.			
Telepon / fax.			
Pendidikan terakhir.			
Warganegara.			
Agama.			
Hubungan dengan wali murid.			

Kami, orang tua / wali murid setuju, bahwa berdasarkan pertimbangan dan penilaian Kepala Sekolah atas kemampuan belajar dan kelakuan murid yang menyimpang dari peraturan sekolah, maka School of Universe berhak sewaktu-waktu menolak pendaftaran ataupun memberhentikan murid dari School of Universe.

Promosi.

Kami, orang tua / wali murid menyatakan **\*\*keberatan / tidak keberatan** apabila gambar / foto hasil putra-putri kami selama di School of Universe dipublikasikan sehubungan dengan kegiatan promosi dari School of Universe atau pihak yayasan.

**\*\*Coret yang tidak perlu**

Bogor, .....

 ( ..... )  
 Orang tua / wali murid

 ( ..... )  
 Manajemen SOU

**DATA CALON SISWA**

Nama Lengkap (Nama Panggilan).	Jenis Kelamin.	Kelas.
Nama orang tua	Berat Badan.	Photo.
Alamat Rumah.	Tinggi Badan.	
Telepon.		

Keadaan darurat yang harus dihubungi selain orang tua.

	Hubungi dalam keadaan darurat.	Rumah sakit.	Dokter.
Nama.			
Telepon.			
Nama.			
Telepon.			

Alergi terhadap obat.	
Golongan Darah.	A / B / AB / O
Menggunakan kacamata.	Y / T
Menggunakan alat bantu dengar.	Y / T (kanan ..... Kiri ..... )
Apakah dalam masa pengobatan. Bila Y jelaskan	Y / T

**Catatan Kesehatan**

1.	Pernahkan anak anda dioperasi?	Y / T Bila Y jelaskan
2.	Apakah anak anda mempunyai masalah fisik / psikologis yang perlu kami perhatikan?	Y / T Bila Y jelaskan
3.	Apakah anak anda mempunyai masalah ADD/ADHD (Attention Defisit Disorder / AD Hyperactive D)?	Y / T
4.	Apakah anak anda mempunyai masalah psikologis / neurotism (autism)?	Y / T
5.	Apakah anak anda mempunyai masalah pada hidung?	Y / T
6.	Apakah anak anda mempunyai epilepsy?	Y / T
7.	Apakah anak anda mempunyai sakit pada tulang?	Y / T
8.	Apakah anak anda mempunyai sakit pada kulit?	Y / T
9.	Apakah anak anda mempunyai sakit kepala yang hebat / migraine?	Y / T
10.	Apakah anak anda mempunyai alergi pada benda tertentu?	Y / T
11.	Apakah anak anda mempunyai sakit turunan (eksim, asthma, diabetes, dll)?	Y / T

Silahkan jelaskan untuk beberapa poin yang anda isi dengan Ya. Bila tidak, cukup lanjutkan di belakang formulir ini

**SURAT PERNYATAAN**

Kami sebagai orang tua / wali murid ..... kelas ..... member kuasa kepada sekolah (perawat sekolah) untuk memberikan pertolongan pertama apabila terjadi keadaan gawat darurat ata kecelakaan pada anak kami di sekolah, yang memerlukan penanganan (perawatan) secepatnya.

Bogor, .....

( ..... )  
Orang tua / wali murid

( ..... )  
Perawat Sekolah