

Nomor Pendaftaran **1503 -**

Nama

Alamat

FORM. KESEHATAN

A. Apakah anak Anda pernah menjalani sebuah operasi ? Ya Tidak
Jika Ya, operasi apakah yang anak Anda lakukan dan tahun berapa ?

B. Apakah anak Anda mengalami penyakit menahun (Asma, Hepatitis, Jantung, dll) Ya Tidak
Sebutkan nama penyakit tersebut dan obat-obatan yang harus dibawa oleh anak Anda selama di Pesantren !

C. Apakah anak Anda sensitif atau alergi terhadap zat atau makanan atau benda tertentu ? Ya Tidak
Jika Ya, jelaskan !

D. Apakah anak Anda memiliki atau ada gejala atau keluhan tertentu selama 1 tahun terakhir ? Ya Tidak
Jika Ya, jelaskan !

E. Apakah anak Anda memerlukan perhatian khusus yang perlu diperhatikan oleh pendamping sehubungan dengan kesehatannya? Ya Tidak

Demikian formulir ini saya isi dengan sebenar-benarnya

Tegalrejo,

(.....)
nama terang orang tua