

Form 1.

**KETERANGAN KESEHATAN \*)**

1. Nama : .....
2. Tempat dan Tanggal Lahir : .....
3. Alamat : .....
4. Tinggi Badan : .....cm  
Berat Badan : ..... Kg
5. Tekanan Darah : (Normal/Tinggi/Rendah)\*\*\*
6. Pernah dan atau sedang menderita penyakit \*\*)  
( ) Malaria - Pernah/sedang\*\*\*)  
( ) ASMA - Pernah/sedang  
( ) Paru-paru - Pernah/sedang  
( ) Jantung - Pernah/sedang  
( ) Liver - Pernah/sedang  
( ) Pencernaan - Pernah/sedang  
( ) Reumatik - Pernah/sedang  
( ) Ginjal - Pernah/sedang  
( ) ..... - Pernah/sedang  
( ) ..... - Pernah/sedang
7. Keadaan kesehatan dan fisik : baik/kurang \*\*\*)
8. Dinyatakan : dapat/tidak \*\*\*) mengikuti pendidikan di Pendidikan Tinggi Vokasi  
Lingkup Kementerian Pertanian.

.....  
Dokter Pemeriksa,  
.....

Keterangan :

- \*) Diisi oleh dokter dari Pemerintah dan harus disertai stempel Rumah Sakit yang bersangkutan.
- \*\*) Berikan tanda x dalam ( ) apabila yang bersangkutan tidak pernah menderita dan tanda V dalam ( ) apabila yang bersangkutan pernah/sedang menderita.
- \*\*\*) Coret yang tidak perlu.