

**FORMULIR PENDAFTARAN SPMB  
DENGAN SKRINING LAYANAN KHUSUS & SKRINING KESEHATAN  
SMK NEGERI 3 PANGKALPINANG  
Tahun Pelajaran 2026/2027**

Nomor Pendaftaran : \_\_\_\_\_  
Jalur Pendaftaran :  Reguler  Afirmasi  Mutasi

---

**A. DATA IDENTITAS CALON PESERTA DIDIK**

Nama Lengkap : \_\_\_\_\_  
NISN : \_\_\_\_\_  
NIK : \_\_\_\_\_  
Tempat/Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_  
Jenis Kelamin :  L  P  
Alamat Lengkap : \_\_\_\_\_  
No. HP Aktif : \_\_\_\_\_

---

**B. DATA ORANG TUA / WALI (INSTRUMEN PROFIL KELUARGA)**

**1. Identitas Orang Tua**

Nama Ayah : \_\_\_\_\_  
Pendidikan Terakhir : \_\_\_\_\_  
Pekerjaan : \_\_\_\_\_  
No. HP Aktif : \_\_\_\_\_

Nama Ibu : \_\_\_\_\_  
Pendidikan Terakhir : \_\_\_\_\_  
Pekerjaan : \_\_\_\_\_  
No. HP Aktif : \_\_\_\_\_

**Status Orang Tua:**

- Lengkap  
 Cerai  
 Wafat salah satu  
 Wali

**C. RIWAYAT PENDIDIKAN & PERILAKU**

- Pernah mendapat pendampingan khusus di sekolah asal?  
 Ya  Tidak
  - Pernah mengikuti pemeriksaan oleh:  
 Psikolog  
 Psikiater  
 Terapis  
 Tidak Pernah
  - Apakah di rapor pernah tertulis perlu pendampingan khusus?  
 Ya  Tidak
- 

**D. SKRINING PERILAKU & KEBUTUHAN LAYANAN KHUSUS**

Apakah anak memiliki kondisi berikut:

- Sulit fokus dalam waktu lama  
 Lambat memahami instruksi  
 Kesulitan membaca/menulis  
 Sensitif terhadap suara/keramaian  
 Mudah cemas/emosional berlebihan  
 Perilaku impulsif/agresif  
 Tidak ada

Jika ada, jelaskan singkat:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## E. KONDISI BELAJAR DI RUMAH

1. Anak membutuhkan waktu sangat lama untuk memahami pelajaran:  
 Ya  Tidak
2. Anak sulit fokus lebih dari 15 menit:  
 Ya  Tidak
3. Anak mudah marah atau emosional berlebihan:  
 Ya  Tidak
4. Anak menghindari interaksi sosial atau sangat pendiam ekstrem:  
 Ya  Tidak
5. Anak sangat sensitif terhadap suara/keramaian:  
 Ya  Tidak

## F. INSTRUMEN SKRINING KESEHATAN

(Wajib Diisi Orang Tua Secara Jujur)

### 1. Riwayat Penyakit

Apakah anak memiliki riwayat penyakit berikut:

- Asma
- Epilepsi/kejang
- Jantung
- Diabetes
- Gangguan penglihatan berat
- Gangguan pendengaran
- Alergi berat
- Cedera kepala serius
- Gangguan saraf
- Tidak ada

Jika ada, jelaskan kondisi terakhir:

---

---

---

### 2. Riwayat Perawatan / Rawat Inap

Dalam 2 tahun terakhir pernah rawat inap?

- Ya  Tidak

Jika ya, karena apa?

---

---

### 3. Konsumsi Obat Rutin

Apakah anak mengonsumsi obat rutin?

- Ya  Tidak

Jika ya, jenis obat dan frekuensi:

---

---

### 4. Kesiapan Kegiatan Praktik SMK

Karena SMK memiliki kegiatan praktik bengkel, listrik, alat tajam, kerja lapangan dan PKL, apakah terdapat kondisi kesehatan yang berpotensi memengaruhi keselamatan?

- Ada (jelaskan) \_\_\_\_\_
- Tidak ada

---

## G. PERTANYAAN TERBUKA (WAJIB DIISI)

Apakah ada informasi penting terkait kondisi fisik, mental, atau perilaku anak yang perlu diketahui sekolah demi keselamatan dan keberhasilan belajar?

---

---

---

#### **H. PERNYATAAN KEJUJURAN DAN TANGGUNG JAWAB ORANG TUA**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa:

1. Seluruh informasi yang saya sampaikan adalah benar dan tidak ada yang saya sembunyikan.
2. Saya memahami bahwa penyembunyian informasi kesehatan atau kebutuhan layanan khusus dapat membahayakan keselamatan anak saya dalam kegiatan praktik SMK.
3. Apabila di kemudian hari ditemukan ketidaksesuaian data, saya bersedia:
  - o Mengikuti evaluasi kesehatan/psikologis lanjutan
  - o Melakukan pemeriksaan lanjutan sesuai rekomendasi sekolah
  - o Menerima kebijakan sekolah sesuai peraturan yang berlaku

Pangkalpinang, \_\_\_\_\_ 2026

Materai Rp.10.000

Orang Tua/Wali

( \_\_\_\_\_ )