

KOP SEKOLAH

SURAT REKOMENDASI

Nomor :

Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama :
NIP :
Jabatan : Kepala Sekolah

Menyatakan benar bahwa daftar siswa dibawah ini adalah siswa aktif dari (NAMA SEKOLAH) dan memberikan rekomendasi, tugas dan izin untuk Turnamen Futsal "PIALA WALIKOTA SINGKAWANG" Antar SMA/SMK/MA se – Kota Singkawang Tahun pada tanggal 25 Juli 2026 – Selesai dilapangan Futsal Pelangi Maparede Kota Singkawang. Adapun daftar siswa sebagai berikut :

No	Nama Siswa	Kelas	NISN	Tempat, Tanggal Lahir
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

No	Nama Official	Keterangan
1		MANAGER
2		PELATIH

Demikian surat rekomendasi ini dibuat, atas perhatiannya saya ucapkan terima kasih.

Singkawang, Juli 2026
Kepala Sekolah

(Nama Lengkap)
(NIP)