SURAT KETERANGAN TIDAK MAMPU/MISKIN

Nomor : …..................................

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : ........................................................................

Jabatan : Ketua RT......., RW.........., Desa/Kelurahan ........................................

Kecamatan.............................., Kabupaten...........................................

menerangkan bahwa :

Nama Anak : ……………………………………………………................

Tempat/tanggal Lahir :……………………………………………………………......

Asal SD/MI : SD/MI ............................................., Kec......................

Kab./Kota.............................., Prov.................................

Nama orang tua/wali : ……………………………………………………………….

Pekerjaan orang tua/wali : .......................................................................................

Status Tempat Tinggal : Rumah Sendiri/Rumah Keluarga/Rumah Dinas/Sewa/

Kontrak/Kos/lainnya (\*)

Alamat KTP/KK : Jln................................................., RT........, RW..........

Desa/Kel..……………........…, Kec. ...............................

Kab./Kota.............................., Prov. ...............................

Dengan ini menerangkan bahwa anak tersebut benar-benar berasal dari keluarga tidak mampu/miskin.

Demikian surat keterangan tidak mampu ini kami buat dengan sebenarnya, untuk keperluan pendaftaran PPDB di Kabupaten Sidoarjo tahun ajaran 2024/2025.

Sidoarjo, 2024

Menyetujui

KETUA RW ………………. Ketua RT …………………….

…………………………….. …………………………………

Mengetahui

Kepala Desa/Kelurahan ………………………..

………………………………………….