

**SURAT KETERANGAN DISABILITAS DAN KEMAMPUAN FUNGSIONAL  
PENYANDANG DISABILITAS OLEH DOKTER UMUM ATAU SPESIALIS**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :  
Tempat, Tanggal Lahir :  
Pendidikan :  
Alamat :

Setelah dilakukan pemeriksaan kesehatan dan kemampuan fungsional bahwa yang bersangkutan benar-benar sebagai penyandang disabilitas (*beri tanda centang sesuai kondisi disabilitas*)

- Tuna Daksa
- Tuna Rungu
- Tuna Grahita / Slow Learner (IQ = .....)
- Kesulitan Belajar / *Learning Difficulty*  
yaitu : .....
- Gangguan perkembangan dan mental  
yaitu : .....
- Lainnya : .....

Berdasarkan hasil dari pemeriksaan bahwasanya yang bersangkutan dengan alat bantu dan fasilitas berupa (*beri centang sesuai kondisi yang disarankan*):

- Kursi Roda
- Tongkat
- Alat bantu dengar

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya, Atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

....., ..... September 2017  
Yang membuat pernyataan,

(tanda tangan dan nama terang dokter)