



**PEMERINTAH DAERAH PROVINSI JAWA BARAT
DINAS PENDIDIKAN
CABANG DINAS PENDIDIKAN WILAYAH VIII
SEKOLAH MENEGAH ATAS NEGERI 1
BOJONGSOANG**

Jl. Sapan Gudang Tegalluar Bojongsoang Kabupaten Bandung 40297 Telp. (022)70485448
email : sman1bojongsoang@gmail.com website: www.smanbossa.sch.id

SURAT PERNYATAAN ORANGTUA / WALI SISWA

Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama :

Alamat :

.....

Selaku orang tua / wali dari siswa

Nama :

NIS :

Kelas :

Dengan ini menyatakan :

1. Saya menyetujui pelaksanaan pembelajaran tatap muka di SMAN 1 Bojongsoang Kabupaten Bandung
2. Selaku orangtua / wali, saya mengizinkan siswa sebagaimana tersebut diatas untuk mengikuti tatap muka di SMAN 1 Bojongsoang Kabupaten Bandung
3. Saya bersedia mengikuti seluruh ketentuan maupun protokol kesehatan pada masa pandemi Covid 19 yang ditetapkan oleh sekolah dalam rangka menciptakan pembelajaran tatap muka yang aman bagi seluruh warga sekolah.
4. Saya berkomitmen melakukan peran dan tanggung jawab saya selaku orang tua / wali dalam rangka ikut mendukung pelaksanaan pembelajaran tatap muka yang aman bagi seluruh warga sekolah.
5. Saya bersedia untuk bekerja sama dengan sekolah dalam rangka ikut mensukseskan pembelajaran tatap muka yang aman bagi seluruh warga sekolah.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan kesadaran dan tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Bojongsoang, Juli 2021

Yang membuat pernyataan
Orang Tua/Wali Siswa

Materai 10000

(.....)