| TỈNH: …………….HUYỆN: ……………. | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc---------------** |
| --- | --- |
|    |  Ảnh 4x6 cm*(đóng dấu giáp lai)*  |   | **PHIẾU KHÁM SỨC KHỎE** |
|  |  |  |  |

**I. SƠ YẾU LÝ LỊCH**

Họ và tên: …………………………. Ngày, tháng, năm sinh: …./…./…. Giới tính:................

Số CCCD: ……………………. Ngày cấp: …./…../…….. Nơi cấp: ....................................

Nghề nghiệp: …………………………… Dân tộc: ............................................................

Họ tên bố: ……………………………… Năm sinh: …………… Nghề nghiệp: .....................

Họ tên mẹ: …………………………….. Năm sinh: ……………. Nghề nghiệp: ....................

Nơi đăng ký thường trú: ..............................................................................................

Chỗ ở hiện tại của gia đình: .........................................................................................

Tiền sử bệnh:

Bản thân: ....................................................................................................................

Gia đình: .....................................................................................................................

Tôi xin cam đoan khai đúng lý lịch và tiền sử bệnh của tôi.

|   |   | *Ngày … tháng … năm ….* |
| --- | --- | --- |
| **Xác nhận lý lịch củaCông an cấp huyện** | **Xác nhận tiền sử bệnh củacơ quan y tế cấp xã** | **Người khai***(Ký và ghi rõ họ tên)* |