| TỈNH: ……………. HUYỆN: ……………. | | | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc 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 của Công an cấp huyện** | **Xác nhận tiền sử bệnh của cơ quan y tế cấp xã** | **Người khai** *(Ký và ghi rõ họ tên)* |