

KOP SEKOLAH

SURAT KETERANGAN PERINGKAT PARALEL

Nomor:

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

nama : (nama + gelar)
NIP :
jabatan : Kepala Sekolah
institusi : SMP/MTs*)
akreditasi : huruf mutu (nilai angka)
alamat :

Dengan ini menerangkan bahwa nama-nama siswa berikut termasuk dalam ...% (persentase kuota sekolah) siswa lulusan terbaik dalam bidang akademik Tahun Ajaran 2024/2025 berdasarkan rata-rata nilai rapor dari 7 (tujuh) mata pelajaran pada semester 1, 2, 3, 4, dan 5, dari jumlah total siswa kelas IX sebanyak ... siswa.

No.	Nama Siswa	NISN	Kelas	Nilai Rata-rata 5 (lima) Semester							Rata-rata
				P Agama	PKn	BInd	Mtk	BIng	IPA	IPS	
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
dst											

Demikian surat keterangan ranking paralel ini dibuat untuk kepentingan penerimaan murid baru jenjang SMA di Provinsi Lampung Tahun Ajaran 2025/2026.

tempat, tanggal bulan tahun
Kepala Sekolah,

(.....)
NIP

*) coret yang tidak perlu