

ที่ อว ๐๖๔๕.๑๔/ว ๑๓๔



โรงเรียนสาธิต

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

๑ ถนนอุทองนอก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐

๓๐ กรกฎาคม ๒๕๖๓

เรื่อง การตรวจสอบสภาพนักเรียน ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓

เรียน ผู้ปกครองนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๑ - ๖

ด้วยโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา จะจัดให้มีการตรวจสอบสภาพนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๑ - ๖ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓ โดยแพทย์จากโรงพยาบาลวิชัยเวช สมุทรสาคร ในวันที่ ๓-๔ กันยายน ๒๕๖๓ ตั้งแต่เวลา ๐๙.๐๐ น. เป็นต้นไป ณ โรงเรียนสาธิตฯ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง

ในการนี้จึงขออนุญาตให้นักเรียนรับการตรวจสอบสภาพ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓ ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว และขอความกรุณาผู้ปกครองส่งแบบตอบรับคืนที่อาจารย์ที่ปรึกษา ภายในวันศุกร์ที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๖๓ เพื่อทางโรงเรียนจะได้ดำเนินการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติ กอบัวแก้ว)

ผู้อำนวยการโรงเรียนสาธิต

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

โรงเรียนสาธิตฯ (ห้องพยาบาล)

โทรศัพท์ / โทรสาร ๐ ๒๑๖๐ ๑๐๖๖ ต่อ ๒๐๗

แบบตอบรับ

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

ข้าพเจ้าผู้ปกครองของ ด.ช. / ด.ญ.

ชั้น ม. / เลขที่ รับทราบเรื่องการตรวจสอบสภาพนักเรียนในวันศุกร์ที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๖๓ แล้ว

และ อนุญาต ไม่อนุญาต เพราะ.....

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง

(.....)

..... / / ๒๕๖๓