



โรงเรียนปัญญาवारคุณ คำร้องขอมีสิทธิ์สอบ

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง ขอมีสิทธิ์สอบ

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนปัญญาวารคุณ

ข้าพเจ้า นักเรียนชั้น เลขประจำตัว

มีเวลาเรียนไม่ถึง 80 % ของเวลาเรียนทั้งหมดในรายวิชา

1.) 2.) 3.) 4.)

ทั้งนี้ข้าพเจ้ามีเหตุผลจำเป็น คือ

ข้าพเจ้าได้มีหลักฐานประกอบการพิจารณา คือ

- ใบรับรองแพทย์ จำนวน ฉบับ
- หลักฐานอื่นๆ จำนวน ฉบับ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ นักเรียน
(.....)

ความคิดเห็นผู้ปกครอง

ข้าพเจ้า ผู้ปกครอง

มีความเห็นว่า และขอรับรองว่าเป็นความจริง

ลงชื่อ ผู้ปกครอง
(.....)

ความคิดเห็นของคุณครูประจำวิชา

วิชา	วิชา
<input type="checkbox"/> ควรมีสิทธิ์สอบ	<input type="checkbox"/> ควรมีสิทธิ์สอบ
<input type="checkbox"/> ไม่ควรมีสิทธิ์สอบ	<input type="checkbox"/> ไม่ควรมีสิทธิ์สอบ
ลงชื่อ คุณครูประจำวิชา	ลงชื่อ คุณครูประจำวิชา
วิชา	วิชา
<input type="checkbox"/> ควรมีสิทธิ์สอบ	<input type="checkbox"/> ควรมีสิทธิ์สอบ
<input type="checkbox"/> ไม่ควรมีสิทธิ์สอบ	<input type="checkbox"/> ไม่ควรมีสิทธิ์สอบ
ลงชื่อ คุณครูประจำวิชา	ลงชื่อ คุณครูประจำวิชา

ความคิดเห็นของรองผู้อำนวยการกลุ่มบริหารวิชาการ

.....

ลงชื่อ รองฯกลุ่มบริหารวิชาการ
(.....)..... /..... /.....
 อนุมัติ ไม่อนุมัติลงชื่อ ผู้อำนวยการโรงเรียนปัญญาวารคุณ
(.....)

..... /..... /.....