



ที่ อว ๐๖๔๕.๑๔/ว ๒๓๗

โรงเรียนสาธิต
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
๑ ถนนอุทองนอก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐

๒๓

พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง การตรวจสอบสภาพนักเรียน ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖

เรียน ผู้ปกครองนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ - ๖

ด้วยโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา มีกำหนดการตรวจสอบสภาพนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ - ๖ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖ โดยบุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลวิชัยเวช จังหวัดสมุทรสาคร ในวันจันทร์ที่ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๖๖ ตั้งแต่เวลา ๐๙.๐๐ น. เป็นต้นไป ณ โรงเรียนสาธิตฯ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ซึ่งมีรายละเอียดการตรวจสอบสภาพ ดังนี้

- ตรวจสอบสภาพทั่วไปโดยแพทย์
- ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง - ดัชนีมวลกาย (BMI)
- ตรวจวัดสายตา , ตาบอดสี
- ตรวจการได้ยิน
- ตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด (เฉพาะนักเรียนชั้น ป.๕ - ป.๖)

ในการนี้ โรงเรียนสาธิตฯ จึงขออนุญาตให้นักเรียนในปกครองของท่านได้รับการตรวจสอบสภาพ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖ ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว และขอความกรุณาผู้ปกครองส่งแบบตอบรับคืน อาจารย์ประจำชั้น ภายในวันพุธที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖ เพื่อทางโรงเรียนจะได้ดำเนินการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติ กอบัวแก้ว)

ผู้อำนวยการโรงเรียนสาธิต

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

งานพยาบาล ฝ่ายกิจการนักเรียน

โทรศัพท์ ๐ ๒๑๖๐ ๑๑๐๙ ต่อ ๑๒๐

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

ข้าพเจ้าผู้ปกครองของ ด.ช. / ด.ญ.

ชั้น ป. / เลขที่ รับทราบเรื่องการตรวจสอบสภาพนักเรียน ในวันจันทร์ที่ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๖๖ แล้ว

อนุญาตให้นักเรียนตรวจสอบสภาพ ไม่อนุญาตให้นักเรียนตรวจสอบสภาพ

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง

(.....)

..... พฤษภาคม ๒๕๖๖