



ฝ่ายปกครอง  
โรงเรียนอัสสัมชัญ

วันที่ได้รับอนุญาต	ลงชื่อผู้อนุญาต
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	

อนุญาตให้นักเรียน ชื่อ.....

นามสกุล.....

เลขประจำตัว.....ชั้น ..... /.....

- มาห้องพยาบาล
- สวมใส่รองเท้าแตะ
- อื่น ๆ(ระบุ).....