

برائے مہربانی چھٹی دے دیں پہلا نام نمبر آخری نام \_\_\_\_\_

سی سی ایسڈی طالب علم \_\_\_\_\_

سکول سے (سکول کا نام) اور تاریخ \_\_\_\_\_

وجہ سکول سے چھٹی کی

بیماری \_\_\_\_\_



ڈاکٹر \_\_\_\_\_



موت \_\_\_\_\_



تعطیلات دینی \_\_\_\_\_



حادثہ \_\_\_\_\_



نام \_\_\_\_\_

نام باپ ولی و یا سرپرست

آج کی تاریخ \_\_\_\_\_

والدین / سرپرست کے دستخط

طالب علم کی غیر موجودگی کے 3 دن کے اندر اندر نوٹ تبدیل ہونا ضروری ہے یا غیر

موجودگی \* بغیر اجازت ہو جائے گی