붙임1. 등교중지 보호자 확인서

등교중지 학생 보호자 확인서

성 명		학년 반	제 학년 반 번
등교중지 사유	☐ 코로나 19 관련 가족(동거인)이 자가격리대상인 경우 ☐ 코로나 19 유증상 학생인 경우		
등교중지 기간	2020년 월 일 요일 ~ 2020년 월 일 요일, ( )일간		
학부모 의견	*코로나 19관련하여 결석 사유를 구체적으로 기입하시오.		

위 학생은 코로나19 의심증상자로 감염병 예방 및 확산 방지를 위해 등교중지를 위와 같이 실시하였으며, 가정에서 확인한 학생의 현재 건강상태는 아래와 같습니다.

등교 전 학생 건강상태
☐ 체온: ℃ (측정일시: 월 일 시간:)
☐ 호흡기증상(기침, 호흡곤란, 인후통 등) ☐ 기타증상(설사, 메스꺼움, 미각후각마비)
유( ) 무( )
※ 해열제 등 약을 복용한 상태에서는 등교하면 안됩니다.
※ 등교일 아침에 학생의 건강상태를 살펴보고 작성하여 제출합니다.

위와 같이 학생의 건강상태가 양호하여 등교하고자 합니다.

2020년 월 일

학생과의 관계:

보 호 자 명: (서명 또는 인)

포 천 여 자 중 학 교 장 귀하