출석인정 제출서류 양식) 등교중지학생 보호자확인서

등교중지학생 보호자확인서

보절초등학교 ___학년 ___반 이름:_____

위 학생은 코로나19 임상증상으로 감염병 예방 및 확산 방지를 위해
다음과 같이 선별진료소의 안내(방문) 조치에 따라 병원 진료를 받았습니다.

<선별진료소(남원시보건소 ☎625-1339) 문의 내역>

★문의(통화 또는 방문) 시각: 년 ( )월 ( )일 ( )시 ( )분

<병원 진료 내역>

①진료 일시: 년 ( )월 ( )일 ( )시 ( )분

②진료 기관: ( )

③증상 내용: ( )

위 내용에 따라서 가정 내 자율 보호(등교중지) 및 경과 관찰을 권고받아
가정에서 (월 일)부터 (월 일)까지 휴식을 취하며 경과를 관찰하였습니다.
현재 가정에서 확인한 우리 자녀의 건강 상태는 아래와 같습니다.

현재(등교전) 건강 상태
① 체온: _____℃ (측정일시: 월 일 시 분)
② 코로나19 임상증상이 있나요? 예( ), 아니오( )
※주요 임상증상: 발열, 기침, 호흡곤란, 오한, 근육통, 두통, 인후통, 후각·미각소실 또는 폐렴 등

☞**등교일 아침에 자녀의 건강 상태가 위와 같이 호전되었기에 학교에 정상 등교하고자 합니다.**

년 월 일

보호자 성명: _____ (인)

보절초등학교장 귀하