

방문 확인서

아래 학생은 코로나19 임상증상으로 2020년 ()월 ()일,
본 선별진료소(병원, 보건소 등)에 방문하였음을 확인합니다.

선별진료소 방문 학생

보절초등학교 _____학년 _____반 성명: _____

발행일 :

기관 또는 의사명 : (서명)

※ 방문 확인서 양식은 선별진료소의 업무를 가중하지 않는 범위내에서 시도교육청 및 학교의 여건에 따라 변경·활용 가능함

등교중지 학생 보호자 확인서

보절초등학교 ____학년 ____반 이름: _____


위 학생은 코로나19 임상증상으로 감염병 예방 및 확산 방지를 위해 자율 보호 또는 등교중지를 권고받아 가정에서 (____월 ____일)부터 (____월 ____일)까지 격리하였으며 가정에서 확인한 우리 자녀의 현재 건강 상태는 아래와 같습니다.

현재(등교전) 건강 상태

☐ 체온: _____℃ (측정일시: ____월 ____일 ____시 ____분)

☐ 코로나19 임상증상: 있음(____) 없음(____)

※주요 임상증상: 기침, 호흡곤란, 오한, 근육통, 두통, 인후통, 후각·미각소실 또는 폐렴 등

 등교일 아침에 자녀의 건강 상태가 위와 같이 양호하기에 학교에 정상 등교하고자 합니다.

2020년 ____월 ____일 보호자 성명: _____ (인)

보절초등학교장