

등교중지 학생 보호자 확인서[학교제출용]

※ 코로나19 감염병 관련으로 한시적으로 사용함을 안내드립니다.

6학년 4반 번 이름 :

위 학생은 코로나19 감염병 예방 및 확산을 방지하기 위해 자율보호 및 등교중지를
(월 일부터 월 일까지) 하였음을 확인합니다.

☞ 자율보호 및 등교중지 기간 동안 학생의 건강상태 기록

▶ 뒷면의 가정 내 건강관리 기록지를 꼭 작성해 주세요.

* 가정에서 확인한 학생의 현재 건강상태는 아래와 같습니다.

등교 당일 건강상태 (보호자가 등교일 아침에 살피고 작성)

- ☐ 체온: °C (측정일시: 월 일 시간:)
☐ 호흡기증상(기침, 인후통, 호흡곤란 등): 유() 무()
☐ 현재 복용 중인 약이 있습니까? 예(), 아니오()

※ 열이 나서 해열제를 복용한 상태에서는 등교하면 안 됩니다.

※ 등교일 아침에 학생의 건강상태를 살펴보고 작성하여 제출합니다.

☞ 선별진료소 전화문의 또는 방문결과를 작성해주세요. (선별진료소 방문 확인서로 갈음)

- 선별진료소 기관명 :
- 전화문의 또는 방문날짜와 시간:
- 전화문의 또는 검사/진료 결과:

위와 같이 학생의 건강상태가 양호하여 등교하고자 합니다.

2021년 월 일

학생과의 관계:

보 호 자 명:

(서명 또는 인)

고창초등학교장 귀하

서식 1-2

가정 내 건강관리 기록지

가정 내 건강관리 기록지

- ▶ 학생의 건강상태(37.5도 이상의 발열, 호흡기 증상 등)를 매일 주의 깊게 관찰하여 작성해주시기 바랍니다.
(※ 본 기록지는 코로나19 의심증상으로 학생 미등교시, 출석인정 자료로 활용 가능함을 안내드립니다.)

학년/반	학생 성명	보호자 성명	보호자 연락처
6-4			

본인 또는 가족(동거인)의 해외여행력	여행자	여행 일자	여행 국가

일자	월	일	월	일	월	일	월	일	월	일	월	일
가정에서 측정한 체온(℃) (또는 발열 여부)												
발열시 해열제 복용 여부												
호흡기 증상 등 유무*												
기타 증상 (두통, 권태감, 설사 등)												
보호자 확인(서명)												

일자	월	일	월	일	월	일	월	일	월	일	월	일
가정에서 측정한 체온(℃) (또는 발열 여부)												
발열시 해열제 복용 여부												
호흡기 증상 등 유무*												
기타 증상 (두통, 권태감, 설사 등)												
보호자 확인(서명)												

* 기침, 호흡곤란, 인후통

※ 의심증상이 발견되어 선별진료소를 방문하는 학생이 가정에서 매일 자기건강관리를 기록하는데 활용하며, 등교중지된 학생의 경우에는 학교 복귀시 출결증빙용으로 제출