

등교중지 조치 안내문

____학년 ____반 이름: _____

위 학생은 [발열(℃), 기침, 호흡곤란, 오한, 근육통, 두통, 인후통, 후각·미각소실 또는 폐렴] 증상이 있으므로 빠른 치료와 감염병 확산을 예방하기 위하여 등교중지 조치를 하고자 합니다. 모두의 건강을 위한 조치이오니 다소 불편하시더라도 적극적으로 협조하여 주시기 바라며 자율격리 기간 동안 『가정내 건강관리 기록지』를 작성하여 주시고 등교 시 아래 확인서와 함께 담임교사에게 제출하여 주시기 바랍니다.

2020년 1월 1일

군 산 지 곡 초 등 학 교 장

-----자 르 는 선-----

등교중지 가정 확인서

학년 반 학생명:

위 학생은 [발열(℃), 기침, 호흡곤란, 오한, 근육통, 두통, 인후통, 후각·미각소실 또는 폐렴] 증상으로 자율격리를 권고받아 가정에서 (월 일)부터 (월 일)까지 격리 후 증상이 소실 되어 등교를 하고자 합니다.

2020년 월 일 학부모: (인)

군산지곡초등학교장 귀하