

등교중지 학생 보호자 확인서

[학교제출용]

학년 ____반 ____번 이름: _____

위 학생은 코로나19 의심증상자로 감염병 예방 및 확산 방지를 위해 등교중지를
(월 일 - 월 일까지) 실시했습니다.

※ 참고 : 자율보호 및 등교중지 대상자 및 등교중지 기간	
확진자 또는 격리중인 자, 그 가족이나 접촉자	확진일, 격리결정일 기준으로 14일간 (보건당국의 지시를 따름)
발열(37.5℃ 이상) 또는 호흡기증상이 있는 자	호흡기질환(기침, 호흡곤란 등)이 있는 자 증상 발현일 포함 최소 4일 (증상 악화 시 연장 가능)
기저질환이 있는 고위험군 (천식, 호흡기질환 등)	의사 진단서(소견서)에 따름
등교 시 출석인정에 필요 서류	
* 의사소견서 외 등교중지 학생 보호자 확인서 또는 진료.처방 증빙서류 사진 전송 가능 (※ 보건당국의 코로나19 종식 선언 일까지 한시적 조치)	

가정에서 확인한 학생의 현재 건강상태는 아래와 같습니다

등교 전 학생 건강상태	
<input type="checkbox"/> 체온:	℃ (측정일시: 월 일, 시각 - :)
<input type="checkbox"/> 호흡기증상(기침, 호흡곤란 등):	유() 무()
※ 등교일 아침에 학생 건강상태를 살펴보고 작성하여 제출합니다.	

위와 같이 학생의 건강상태가 양호하여 등교하고자 합니다.

2021년 유니 유니

학생과의 관계:

보 호 자 명: (서명 또는 인)