등교중지 학생 보호자 확인서
- 가정 내 건강관리 기록지 -

학년/반	학생 성명	보호자 성명	보호자 연락처
본인 또는 가족(동거인)의 코로나19 진단검사 여부	검사일시	검사기관	검사결과

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 (기침, 호흡곤란. 인후통)						
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 (기침, 호흡곤란. 인후통)						
기타 증상 (두통, 권태감, 설사 등)						
보호자 확인(서명)						

위 학생은 코로나19 의심증상자로 감염병 예방 및 확산 방지를 위해
(월 일부터 월 일까지)
자율 보호 및 등교중지를 실시했습니다.
현재 건강상태가 양호하여 등교하고자 합니다.

2021년 월 일 학부모 성명: (인)

고창남초등학교장 귀하

※ 등교중지 된 학생의 학교 복귀시 출결증빙용으로 제출