

등교중지 학생 보호자 확인서 및 건강상태 기록지

학년/반	학생 성명	학생과의 관계	보호자 성명	보호자 연락처
			(서명/인)	

위 학생은 코로나19 유증상자로 감염병 예방 및 확산 방지를 위해
자율 보호 및 등교중지를 (월 일부터 월 일까지) 실시했습니다.
자율보호 및 등교중지 사유:

※ 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	증상 발현일 포함 최소 4일 (증상 악화 시 연장 가능)
기저질환이 있는 고위험군 (천식, 당뇨, 호흡기질환 등)	의사 진단서(소견서)에 따름

* 가정에서 확인한 학생의 현재 건강상태는 아래와 같습니다.

등교 전 가정 내 건강관리 기록지

(보호자가 매일 살피고 작성 후 학교 복귀시 출결증빙용으로 제출)

일자	1일차	2일차	3일차	4일차	5일차	6일차	7일차
	월 일	월 일	월 일	월 일	월 일	월 일	월 일
가정 측정 체온(℃) (또는 발열 여부)							
발열시 해열제 복용 여부							
호흡기 증상 등 유무							
기타 증상 (두통, 권태감, 설사 등)							

일자	8일차	9일차	10일차	11일차	12일차	13일차	14일차
	월 일	월 일	월 일	월 일	월 일	월 일	월 일
가정 측정 체온(℃) (또는 발열 여부)							
발열시 해열제 복용 여부							
호흡기 증상 등 유무							
기타 증상 (두통, 권태감, 설사 등)							

※ 해열제 등 약을 복용한 상태에서는 등교하면 안됩니다.

제출일: 2020년 월 일
보호자 확인: (인)