



코로나19 백신 예방접종 출석인정 서류 재안내

학부모님. 안녕하십니까.

11월 1일 소아·청소년의 코로나19 백신 예방접종이 시작되었습니다.

출석인정 서류를 다음과 같이 재안내드리오니, 유의사항을 잘 숙지하신 후 **접종을 희망하는 경우 개별적으로 예약하여 접종에 참여해주시기 바랍니다.**

<소아청소년 백신 접종 일정>

- **(접종대상)** 12~17세 (주민등록상 '04.1.1. ~ '09.12.31. 출생자)
- **(예약기간 및 접종기간)**

구 분	06.1.1.~09.12.31.생(12~15세)
예약 기간	10.18일(월) 20시 ~11.12일(금) 18시 (4주)
접종 기간	11.1일(월)~11.27일(토) (4주)

- **(백신종류 및 접종장소)** 화이자 백신(3주 간격 2회 접종) / 위탁의료기관
- **(접종절차)** 예약 기간 중 예방접종 사전예약 누리집(<https://ncvr.kdca.go.kr>) 접속 또는 콜센터 (1339, 지자체) 전화 예약(대리예약 가능) 후 개별적으로 접종기관 방문하여 접종
 - 접종 시에는 보호자(법정대리인)가 동행하여야 하며, 불가피하게 보호자(법정대리인)가 동행하지 못하는 경우 보호자(법정대리인)가 작성한 ①접종 시행 동의서와 ②예진표를 접종대상자(학생)가 의료기관에 제출하여야 함
- ※ **접종 시 신분증***을 **개인별로 지참** (*기간 만료 전 여권, 유효기간 내 청소년증(청소년증 발급 신청 확인서), 학교생활기록부 개인 신상 페이지(학교장 확인 필요), 학생증, 재학증명서, 주민등록증, 유효기간 내 주민등록증 발급 확인서 등 사진이 부착되고 주민등록번호가 명시된 신분증
- **(유의사항)** 보호자는 예방접종 안내문 등에 포함된 **이상반응, 예방접종 전·후 주의사항** 등을 사전에 반드시 잘 숙지하시기 바라며, **접종 후 3일 간 건강상태를 유의 깊게 관찰하고, 일주일 간은 고강도의 운동 및 활동을 자제하도록** 지도해주시기 바랍니다.
- **(출결사항)**

	접종일	접종 후 1일	접종 후 2일	접종 후 3일~
출결	출석인정에 따른 출결처리(결석·지각·조퇴·결과)			질병으로 인한 출결처리
증빙자료	예방접종내역 확인서, 예방접종 증명서		가정 내 건강 관리 기록지, 보호자 확인서 (붙임1) 등	의사 진단서 (소견서) 등

- ※ 정상 반응 학생은 등교·원격수업 모두 출석하는 것이 원칙
- ※ 백신 접종을 예약하였으나, 부득이한 사유로 접종을 하지 못한 경우는 해당 사유를 증빙하여 그에 따라 결석 처리함. (단순 변심으로 접종하지 못한 경우 미인정결석)
- ※ 평가기간 중에는, 접종 후 1~2일의 경우에도 의사의 진단서 또는 의견서 등을 확인하여 출석인정결석 처리함. (평가 공정성, 신뢰도 제고를 위해 지필평가 기간을 제외한 시기로 접종 예약 권장)

2021. 11. 1.

전주우전중학교장

보호자 확인서

학년 반 번호 이름:

1. ☐ 선별진료소(콜센터) 문의/방문 확인 ☐ 코로나19 백신 예방접종 ※ 해당란에 체크

일시	내용
기관	
* 선별진료소 진료 시	진단검사 실시 여부: 실시함 (검사결과:) / 미실시
* 백신 예방접종 시	증빙자료: 예방접종내역 확인서, 예방접종 증명서 등 별도 제출

2. 가정 내 건강관리 기록지

일자	/	/	/	/	/	/	/
체온(°C) (또는 발열 여부)							
발열 시 해열제 복용 여부(o,x)							
호흡기 증상 유무 (목아픔, 기침, 콧물 등)							
기타 증상 (두통, 근육통, 권태감, 설사 등)							
본인 또는 동거가족의 해외여행력							

3. 등교 당일 건강상태 확인

등교 당일 건강상태	
<input type="checkbox"/> 체온 :	°C (측정시간:)
<input type="checkbox"/> 등교 당일 해열제 복용 :	유() 무()
<input type="checkbox"/> 호흡기증상(기침, 목아픔, 호흡곤란 등) :	유() 무()
<input type="checkbox"/> 기타 코로나19 임상증상 :	유() 무()
※ 등교일 아침에 학생의 건강상태를 살펴보고 작성하여 제출합니다.	

위 학생은 (월 일부터 월 일까지) 가정요양 실시했습니다.

위와 같이 학생의 건강상태가 양호하여 등교하고자 합니다.

2021년 월 일

학생과의 관계:

보호자 명:

(서명 또는 인)

전 주 우 전 중 학 교 장 귀 하

※ 모든 학생이 가정에서 매일 본인의 건강관리를 하는데 활용하며, 등교중지 된 학생의 경우에는 학교 복귀 시 출결증빙용으로 제출

※ 코로나19 임상증상: 주요 임상증상(발열, 기침, 호흡곤란, 오한, 근육통, 두통, 인후통, 후각·미각 소실 또는 폐렴),

그 외 증상(피로, 식욕감소, 가래, 소화기증상(오심, 구토, 설사 등), 혼돈, 어지러움, 콧물이나 코막힘, 객혈, 흉통, 결막염, 피부 증상 등)