

등교 중지 학생 보호자 확인서

학년 번호 이름: _____

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

가정에서 확인한 학생의 현재 건강상태는 아래와 같습니다.

등교 전 건강상태

- 체온: °C (측정일시: 월 일 시간)
- 호흡기증상(기침, 호흡곤란 등): 유() 무()

※ 등교일 아침에 학생의 건강상태를 살펴보고 작성하여 제출합니다.

위와 같이 학생의 건강상태가 양호하여 등교하고자 합니다.

2020 년 월 일

학생과의 관계:

보호자명: (서명 또는 인)

적서초등학교장 귀하