

ที่ กก ๐๕๒๖.๐๑/ว ๑๘๘



โรงเรียนกีฬาจังหวัดนครสวรรค์
๒๘๔ หมู่ ๕ ต.บึงเสนาท
อ.เมือง จ.นครสวรรค์ ๖๐๐๐๐

๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๓

เรื่อง แจ้งกำหนดการนักเรียนกลับสถานศึกษา

เรียน ผู้ปกครองนักเรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบเฝ้าระวังสังเกตอาการกลุ่มเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19)

ด้วย มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ ได้กำหนดเปิดภาคเรียนที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๓ ในวันพุธที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓ ตามปฏิทินการจัดการศึกษาสำหรับโรงเรียนกีฬา สังกัดมหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ โรงเรียนกีฬาจังหวัดนครสวรรค์ จึงขอแจ้งกำหนดการนักเรียนกลับสถานศึกษา และกำหนดการเปิดภาคเรียนที่ ๑/๒๕๖๓ ดังรายละเอียดดังนี้

๑. วันอาทิตย์ที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๓ นักเรียนเก่าชาย ชนิดกีฬากรีฑา, มวยสากลสมัครเล่น, ฟันดาบสากล และยกน้ำหนัก กลับเข้าสถานศึกษา ตั้งแต่เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๗.๐๐ น ณ บริเวณหน้าห้องครูเวร โรงเรียนกีฬาจังหวัดนครสวรรค์ (สนามกีฬาจังหวัดนครสวรรค์)

๒. วันอาทิตย์ที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๓ นักเรียนเก่าและนักเรียนใหม่ทั้งหมด (ยกเว้นข้อ ๑) กลับเข้าสถานศึกษา ตั้งแต่เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๗.๐๐ น โดยให้นักเรียนชนิดกีฬาฟุตบอล (ชาย) รายงานตัวเข้าสถานศึกษา โรงเรียนกีฬาจังหวัดนครสวรรค์ (สนามกีฬาจังหวัดนครสวรรค์) ส่วนที่เหลือให้มารายงานตัวเข้าสถานศึกษา ณ โรงเรียนกีฬาจังหวัดนครสวรรค์ (บึงเสนาท)

๓. สิ่งที่ต้องเตรียมมาในวันรายงานตัว

๓.๑ หนังสือแบบเฝ้าระวังสังเกตอาการกลุ่มเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จากกำนันหรือผู้ใหญ่บ้านตามภูมิลำเนาที่นักเรียนอาศัยอยู่

๓.๒ นำหน้ากากอนามัยชนิดผ้า จำนวน ๓ ชิ้น/คน หรือมากกว่านั้น

๔. หากนักเรียนคนใดไม่สามารถเดินทางกลับสถานศึกษาได้ตามกำหนดเนื่องจากเจ็บป่วย ให้นักเรียนแจ้งให้ผู้ฝึกสอนกีฬาหรือโรงเรียนทราบ

โรงเรียนฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความร่วมมือจากผู้ปกครองทุกท่านด้วยดีเช่นเคยและขอขอบคุณในความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางศุภนิสา ดาราเรือง)

ผู้อำนวยการโรงเรียนกีฬาจังหวัดนครสวรรค์

โรงเรียนกีฬาจังหวัดนครสวรรค์

โทร. ๐-๕๖๒๑-๗๖๖๒

โทรสาร. ๐-๕๖๒๑-๗๖๖๓

แบบสำรวจสังเกตอาการกลุ่มเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19)

สำนักงานสาธารณสุข..... จังหวัด

ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล..... อายุ..... เพศ..... อาชีพ..... ผู้สัมผัสร่วมบ้าน.....คน

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ประวัติ/ความเสี่ยงที่สัมผัสโรค เดินทางไปประเทศ..... ระหว่างวันที่..... ถึง 2563

.....

ภาวดีตามอาการหลังสัมภาษณ์ ชื่อ - สกุล ผู้สัมภาษณ์..... สถานพยาบาล..... เบอร์โทรศัพท์.....

อาการ/อาการแสดง	เฝ้าระวังสังเกตอาการ 14 เริ่มวันที่..... 2563 ถึงวันที่..... 2563													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
ไข้	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
ไอ														
เจ็บคอ														
มีน้ำมูก														
มีเสมหะ														
หายใจลำบาก														
หอบเหนื่อย														
ปวดกล้ามเนื้อ														
ปวดศีรษะ														
ถ่ายเหลว														
อุณหภูมิร่างกาย (องศาเซลเซียส)														

ผู้มีความเสี่ยงเฝ้าระวังติดตามสังเกตอาการ ลงชื่อ..... ติดตามอาการครบ 14 วัน ติดตามอาการไม่ครบ 14 วันเนื่องจาก