

# 体育見学届

中学・高校 年 組 番 名前

保護者名 印

日時： 年 月 日 ( ) 限

授業担当者： 先生

理由：□にチェック、または ( ) に記入してください。

体温 ( 度 分)、検温時間 ( 時 分頃)

- |                                  |                             |
|----------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 風邪      | <input type="checkbox"/> 嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> 腹痛      | <input type="checkbox"/> 怪我 |
| <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                             |