

Attendance Procedures
Kewaunee Grade School
Kewaunee Middle School
920-388-2458
920-949-0132 fax

Please see the back of this form for Attendance Procedures

When calling in your child's absence, please call the Kewaunee Grade School Attendance Line at **920-388-2458** or email sobry@gm.kewaunee.k12.wi.us. Leave your name, your child's name and a detailed message stating the child's reason for their absence. Please state the specific symptoms of your child's illness or reason for their absence. For example, fever of 100.4 degrees or greater, cough, etc. **Students must be fever-free for 24 hours without fever reducing medication before returning to school.** Homework can be requested after 2 consecutive days of absence before 9 am and can be picked up in the main office between 2:30 and 3:30 pm.
If your child has a medical appointment, please have the provider fill out the bottom form and return it to the Grade School Office when they return to school.

Procedimientos de asistencia
Kewaunee Grade School
Kewaunee Middle School
920-388-2458
920-949-0132 fax

Consulte el reverso de este formulario para conocer los procedimientos de asistencia.

Cuando llame a su hijo ausente, llame a la línea de asistencia de Kewaunee Grade School al **920-388-2458** o envíe un correo electrónico sobry@gm.kewaunee.k12.wi.us. Deje su nombre, el nombre de su hijo y un mensaje detallado indicando el motivo de la ausencia del niño/niña. Indique los síntomas específicos de la enfermedad de su hijo, por ejemplo, calentura de 100.4 grados o más, tos, etc. **Los estudiantes deben estar sin calentura durante 24 horas sin medicamentos para reducir la calentura antes de regresar a la escuela.** La tarea se puede solicitar después de 2 días consecutivos de ausencia antes de las 9 am y se puede recoger en la oficina escolar entre las 2:30 y las 3:30 pm.
Si su hijo tiene una cita médica, pídale al proveedor que complete el formulario de abajo y que lo devuelva a la oficina de la escuela primaria cuando regrese a la escuela.

Kewaunee School District
Phone KGS (920) 388-2458
Phone KHS (920) 388-2951
Fax (920) 949-0132

Student Name / Nombre de estudiante: _____

Clinic / Clínica: _____

Date of Appt _____ **Time of appointment** _____ **Time Left:** _____
Fecha de la cita _____ **Hora de la cita** _____ **Tiempo de salida**

Student should return to school on: _____
Estudiante debe regresar a la escuela

Restrictions: _____
Restricciones _____

Medical Clinic Authorized Signature: _____
Firma autorizada de un médico de la clínica