



9 พฤศจิกายน 2564

เรื่อง แนวปฏิบัติการมาเรียนแบบ On-site (La-or Sandbox) และหนังสือยินยอมการมาเรียน On-site  
ตั้งแต่วันที่ 15 - 26 พฤศจิกายน 2564  
เรียน ผู้ปกครองของนักเรียนระดับชั้นบ้านหนูน้อย โรงเรียนสาธิตละอออุทิศ (กรุงเทพมหานคร)

ด้วยโรงเรียนสาธิตละอออุทิศ ดำเนินการเปิดเรียนแบบ On-site (La-or Sandbox) และจัดการเรียนการสอนแบบ Hybrid Learning โดยในระดับชั้นบ้านหนูน้อยจะเปิดเรียนในวันที่ 15 พฤศจิกายน 2564 เป็นต้นไป ทั้งนี้จะมีการประเมินสถานการณ์ทุกสัปดาห์ รวมถึงมาตรการในการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง หากทางโรงเรียนฯ พบว่า มีแนวโน้มเสี่ยงในการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 จะดำเนินการปิดโรงเรียนทันที

การเปิดให้มีการจัดการเรียนการสอนในระดับชั้นบ้านหนูน้อย แบ่งนักเรียนออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้  
กลุ่มที่ 1 เรียนในรูปแบบ On-site ในวันจันทร์และวันอังคาร ส่วนในวันพุธ วันพฤหัสบดีและวันศุกร์  
จัดการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน Online

กลุ่มที่ 2 เรียนในรูปแบบ On-site ในวันพฤหัสบดีและวันศุกร์ ส่วนในวันจันทร์ วันอังคาร และวันพุธ  
จัดการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน Online

โดยในวันพุธทางโรงเรียนฯ มีการปิดโรงเรียน เพื่อให้เด็กได้พักผ่อน และโรงเรียนทำความสะอาดโรงเรียนแบบละเอียด (Deep Cleaning)

เพื่อให้การป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 และความปลอดภัยของนักเรียน ผู้ปกครอง และบุคลากรของโรงเรียน รวมถึงการบริหารจัดการด้านสุขอนามัยของโรงเรียนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โรงเรียนสาธิตละอออุทิศ จึงกำหนดแนวปฏิบัติการมาเรียนแบบ On-site (La-or Sandbox) สำหรับนักเรียนและผู้ปกครอง ดังนี้

1. ขอให้ผู้ปกครองพิจารณาและตัดสินใจการมาเรียนแบบ On-site โดยสามารถพิจารณาจากคู่มือ La-or Sandbox (ดาวน์โหลดคู่มือ La-or Sandbox ได้ที่เว็บไซต์ของโรงเรียนสาธิตละอออุทิศ เข้าไปที่หน้าคู่มือ/เอกสารดาวน์โหลด หรือ ที่ <https://la-orutis.dusit.ac.th/wp-content/uploads/2021/09/La-or-Sandbox-Handbook.pdf>) และนำส่งแบบตอบรับฉบับนี้ (ฉบับจริง) คืนแก่ครูประจำชั้น

2. ทำแบบประเมินความเสี่ยง ผ่านระบบไทยเซฟไทยของกรมอนามัย ที่ <https://savethai.anamai.moph.go.th/> หรือประเมินโดยใช้แบบสอบถามกระดาษ หากผลประเมินเป็นผู้เสี่ยงสูงหรือสูงมาก ให้งดมาเรียนและขอรับการตรวจยืนยันโรคโดยสถานพยาบาล หากผลเป็นลบให้นำผลตรวจมายืนยันและสามารถมาเรียนแบบ On-site ได้ หากผลเป็นบวก ควรรีบไปพบแพทย์เพื่อรักษาตามกระบวนการ

3. ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กต้องทำการตรวจหาเชื้อโควิด-19 ด้วย RT-PCR หรือ Antigen Test Kit (ATK) ที่ผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) 3 วัน ก่อนมาโรงเรียน และนำผลที่เป็นลบ (ตัวจริง) มายืนยันจึงจะมาเรียนแบบ On-site ได้ สำหรับสัปดาห์ถัดไป ผู้ปกครองต้องอนุญาตให้โรงเรียนฯ ทำการสุ่มตรวจหาเชื้อโควิด-19 กับผู้ปกครองด้วย Antigen Test Kit (ATK) ที่ผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และส่งผลตรวจ (ตัวจริง) ในวันถัดไป

4. ผู้ปกครองสามารถส่งนักเรียนได้ตั้งแต่เวลา 08.00-09.00 น. และรับกลับได้เวลา 11.30 น. ที่หน้าอาคารกลาง (เยื้องอาคาร 31) โดยสามารถเข้าทางประตูหมายเลข 5 และออกทางประตูหมายเลข 1 ในขณะที่รับ-ส่งขอความร่วมมือผู้ปกครองไม่ต้องลงจากรถ ผู้ปกครองต้องสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา และอยู่ในพื้นที่ที่โรงเรียนกำหนดให้ หรือหากผู้ปกครองมาส่งด้วยวิธีอื่น ๆ เช่น รถสาธารณะสามารถส่งเด็กได้ที่หน้าประตู 1 โดยจะมีครูและพี่เลี้ยงของโรงเรียนรอรับส่ง

ทั้งนี้ หากผู้ปกครองไม่สามารถมารับส่งได้ในเวลาที่กำหนด ขอให้ดำเนินการดังนี้

- ช่วงเช้า หากไม่สามารถส่งได้ก่อนเวลา 09.00 น. ให้เขียนคำร้องขอเข้าเรียนที่สำนักงานโรงเรียนฯ

5. หากโรงเรียนฯ ตรวจพบว่านักเรียนมีอาการป่วยหรือมีไข้ ณ จุดคัดกรอง ทางโรงเรียนฯ จะให้ผู้ปกครองรับนักเรียนกลับในทันที

6. นักเรียนต้องสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลาเมื่ออยู่ที่โรงเรียน และมีหน้ากากอนามัยสำรองในกระเป๋าอย่างน้อย 2 ชิ้น หากนักเรียนไม่สามารถสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าได้ตลอดเวลาเมื่ออยู่โรงเรียน ขออนุญาตในการไม่พิจารณาให้นักเรียนเข้าเรียนแบบ On-site เนื่องจากโรงเรียนฯ ต้องปฏิบัติตามมาตรการอย่างเคร่งครัด

7. จัดเตรียมของใช้ส่วนตัวของนักเรียนให้เพียงพอในแต่ละวัน และไม่อนุญาตให้ยืมสิ่งของเครื่องใช้จากเพื่อน โดยให้จัดเตรียมของใช้ส่วนตัว ดังนี้ กระติกน้ำส่วนตัว ถูนอน ชุดนอน

หมายเหตุ: ขอให้ทำความสะอาดของใช้ส่วนตัวที่นำมาโรงเรียนเป็นประจำทุกวัน

8. สังเกตบุตรหลานของท่าน หากมีอาการป่วยหรือมีไข้ ให้งดมาโรงเรียน และควรรีบพาไปพบแพทย์

9. ไม่อนุญาตให้นำอาหารมารับประทานเอง ทางโรงเรียนฯ มีการจัดบริการอาหารตามมาตรฐานด้านการสุขาภิบาลอาหารและโภชนาการ หรือหากต้องการนำอาหารมาทานเองให้ประสานงานกับทีมโภชนาการของโรงเรียน

10. หลีกเลี่ยงการพาบุตรหลานไปในสถานที่เสี่ยงหรือสถานที่แออัดที่มีการรวมกันของคนจำนวนมาก

11. สร้างสุขนิสัยที่ดีให้บุตรหลานในการดูแลป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 เช่น กำกับดูแลบุตรหลานของท่านให้รักษาความสะอาด ล้างมือบ่อย ๆ หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ตา จมูก ปาก รวมถึงการทำความสะอาดร่างกายและของใช้ส่วนตัวที่ใช้ในโรงเรียนเมื่อกลับถึงบ้าน

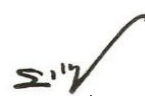
12. ติดตามข้อมูลข่าวสาร สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค พื้นที่เสี่ยง รวมถึงปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันตนเองจากกระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด

13. ผู้ปกครองให้ความร่วมมือกับครูในการดูแลนักเรียนตามกฎระเบียบของโรงเรียนอย่างเคร่งครัด

ผู้ปกครองสามารถติดตามข่าวสารผ่านทางเว็บไซต์ของโรงเรียนสาธิตละอออุทิศ (<https://la-orutis.dusit.ac.th/>) Microsoft Teams และสามารถติดต่อสอบถามผ่านทางโทรศัพท์ 0 2244 5590-2 หรือ Line official @laorutis ในวันและเวลาราชการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและปฏิบัติตามโดยเคร่งครัด

ขอแสดงความนับถือ



(ดร.สิทิพร เอี่ยมแสน)

ผู้อำนวยการโรงเรียนสาธิตละอออุทิศ

**แบบตอบรับ**  
**การยินยอมมาเรียน On-site**  
**และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการมาเรียน On-site (La-or Sandbox)**

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องสี่เหลี่ยมและส่งคืนครูประจำชั้น(ฉบับจริง) ในวันแรกของการมาเรียน On-site  
ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....  
เป็นผู้ปกครองของ ..... ระดับชั้น.....

- ☐ ยินยอมให้บุตรหลานของท่านมาเรียน On-site ตั้งแต่ 15 พฤศจิกายน 2564 เป็นต้นไป หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงจะแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรถึงโรงเรียนก่อนสามวันทำการ
1. ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการมาเรียน On-site (La-or Sandbox)
  2. ตรวจหาเชื้อโควิด-19 กับนักเรียนด้วย Antigen Test Kit (ATK) ก่อนมาเรียนในสัปดาห์แรกภายใน 3 วัน (สำหรับนักเรียนที่มาเรียน On-site เป็นครั้งแรก ในวันที่ 15 พฤศจิกายน 2564)
  3. อนุญาตให้สุ่มตรวจหาเชื้อโควิด-19 ด้วย Antigen Test Kit (ATK) ตามมาตรการของโรงเรียน
  4. ทำแบบประเมินความเสี่ยง ผ่านระบบไทยเซฟไทย ก่อนมาเรียนทุกวัน
- ทั้งนี้ หากมีความประสงค์หยุดเรียนแบบ On-site ให้แจ้งโรงเรียนฯ ทราบเป็นลายลักษณ์อักษร โดยกรอกข้อมูลในใบคำร้องทั่วไปเท่านั้น (สามารถดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์ของโรงเรียนฯ) และนำส่งสำนักงานโรงเรียนฯ หรือ ถ่ายรูปใบคำร้องส่งผ่าน Line official ล่วงหน้าก่อน 3 วันทำการ หรือทุกวันพุธก่อนสัปดาห์ที่ต้องการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ 1 ครั้งเท่านั้น

- ☐ ไม่ประสงค์เรียน On-site โดยยินยอมให้บุตรหลานของท่านเรียน On Line

ลงนาม.....ผู้ปกครอง  
(.....)กรุณาเขียนชื่อด้วยตัวบรรจง  
เบอร์โทรศัพท์กรณีฉุกเฉิน.....



เชฟไทย : ไทยประเมินเชฟไทย กรั้วเรือนปลอดภัย ที่ทำงานไร้โควิด

|                              |       |                  |       |
|------------------------------|-------|------------------|-------|
| ชื่อ                         | ..... | ชื่อหน่วยงาน     | ..... |
| นามสกุล                      | ..... | แผนก/กลุ่ม/ฝ่าย  | ..... |
| วัน-เดือน-ปี ที่เริ่มประเมิน | ..... | หมายเลข โทรศัพท์ | ..... |

กรุณารอกเลขวันที่ ในช่องหัวตาราง แล้วทำการประเมินในช่วง 14 วันที่ผ่านมา ถ้าท่านมีประวัติตามคำถามช่องซ้ายมือ

ให้กาเครื่องหมายถูก (✓) ในช่องวันที่ประเมินด้านขวามือ ถ้าไม่มีประวัติไม่ต้องกาเครื่องหมายใดๆ ให้ประเมินวันละครั้ง ก่อนไปทำงาน

| ข้อที่ | ปัจจัยเสี่ยง                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | วันที่..... | วันที่..... | วันที่..... | วันที่..... | วันที่..... | วันที่..... | วันที่..... |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 1      | ท่านเข้าไปอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และ มีอาการใดอาการหนึ่งดังต่อไปนี้ :<br>ไข้ ไอ น้ำมูก เจ็บคอ จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส หายใจเหนื่อย คอแห้ง<br>อ่อนเพลีย ปวดเมื่อย ท้องเสีย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |             |             |             |             |             |             |
| 2      | (1) ท่านมีอาการใดอาการหนึ่งดังต่อไปนี้: ไข้ ไอ น้ำมูก เจ็บคอ<br>คอแห้ง อ่อนเพลีย ปวดเมื่อย ท้องเสีย ร่วมกับ<br>(2) ท่านเข้าไปอยู่ในสถานที่เสี่ยงที่ใดที่หนึ่งดังต่อไปนี้ :<br>จังหวัดเสี่ยงสูงที่รัฐประกาศ / ที่คนรวมตัวกันอย่างแออัดหรือ /<br>ที่กลุ่มคนร่วมกัน ดื่มกินเปิดหน้าต่าง ส่งเสียงดัง / ที่คนทำกิจกรรมใน<br>อาคาร ยานพาหนะ อากาศไม่ถ่ายเท และร่วมกับ<br>(3) มีพฤติกรรมอย่างใดต่อไปนี้ : ใกล้ชิดคนระยะน้อยกว่า 1 เมตร /<br>อยู่มากกว่า 1 ชม. / ไม่สวมหน้ากากเป็นส่วนใหญ่ / สัมผัสตัวของ<br>เครื่องใช้แล้ว ไม่ล้างมือ<br>ถ้าท่านมีครบทั้ง 3 ข้อ ให้กาเครื่องหมายถูก (✓) ในช่องวันที่ |             |             |             |             |             |             |             |
| 3      | ท่านรู้สึกเสียการควบคุมกลิ่นหรือลิ้นไม่รับรส                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |             |             |             |             |             |             |
| 4      | ท่านรู้สึกหายใจลำบาก/เร็ว เจ็บแน่นหน้าอก รู้สึกเหนื่อยจนเสีย<br>ความสามารถในการพูด ในภาวะปกติ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |             |             |             |             |             |             |
| 5      | ท่านมีผลการตรวจวัดความอิ่มตัวของออกซิเจน (O2 sat) อยู่ที่ระดับ<br>น้อยกว่าหรือเท่ากับ 95%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             |             |             |             |             |             |             |
| 6      | ท่านมีผลการตรวจเอ็กซเรย์ปอดผิดปกติ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |             |             |             |             |             |             |

#### สรุปผล การประเมินความเสี่ยง

|                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| เป็นผู้เสี่ยงสูงมาก คือ มีประวัติตามข้อ 1 ให้กาเครื่องหมายถูกในช่องวันที่ที่ประเมิน                 |
| เป็นผู้เสี่ยงสูง คือ มีประวัติในข้อใดข้อหนึ่ง ในข้อ 2 - 6 ให้กาเครื่องหมายถูกในช่องวันที่ที่ประเมิน |
| เป็นผู้เสี่ยงต่ำ คือ ไม่มีประวัติใดๆตั้งแต่ข้อ 1 - 6 ให้กาเครื่องหมายถูกในช่องวันที่ที่ประเมิน      |

#### คำแนะนำในการปฏิบัติตน

|                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| เป็นผู้เสี่ยงสูงมาก : หยุดงานทันที ติดต่อสถานพยาบาล เพื่อพิจารณาแยกกักตัวในโรงพยาบาล                                                                                                                         |
| เป็นผู้เสี่ยงสูง : ให้หยุดงาน แยกกักตัว และขอรับการตรวจยืนยันโดยสถานพยาบาล อาจพิจารณาแยกกักตัวในสถานที่ที่เหมาะสม                                                                                            |
| เป็นผู้เสี่ยงต่ำ : ไปทำงานได้ ไม่จำเป็นต้องกักตัว โดยอาจเป็นผู้ไม่คิดเชื้อหรือติดเชื้อไม่มีอาการ ทั้งนี้ให้ร่วมมือป้องกันการระบาดโรค<br>ตามมาตรการที่รัฐประกาศโดยเคร่งครัดได้แก่ สวมหน้ากาก ล้างมือ เว้นระยะ |