

出席停止の連絡票 **Ficha informativa sobre suspensão nas aulas**

Reiwa令和 年ano 月mês 日dia

保護者様 Ao Sr(a) Responsável

Escola高岡市立高岡西部小学校

Diretor校長

感染症にかかっている、またはかかっていると疑われる間は、学校保健安全法により、出席停止扱いとなりますので、医師と相談のうえ適切な処置をとられるようお願いいたします。

Pelas normas de segurança de saúde da Escola, o aluno(a) que tem suspeita e ou que possui doen infecto-contagiosa serão suspensos. Pedimos que façam o tratamento devido com o médico.

記 Nota

- 1 氏名 nome 第 学年série 組classe 氏名Nome
百日咳coqueluche・麻疹sarampo・流行性耳下腺炎caxumba・風疹rubéola・水痘
2 理由 motivo varicela・咽頭結膜熱faringite e conjuntivite・
結核 Tuberculose・腸管出血性大腸菌感染症・Intoxicação alimentar contagiosa・
(他outros)
3 期間 período 発病より医師が感染症予防上支障なしと認めた日まで

período que o Médico definiu que não há perigo de transmissão

※ 後日、学校で記入 Parte reservada para Escola preencher posteriormente.

令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 () まで〈 日間〉

主治医様 Ao Médico responsável

上記の疾病は感染の危険がなくなる日まで登校できないことになっています。

診断、治療の上、下記の登校許可日を記入いただき、本人に渡してくださるようお願いいたします。

As doenças acima descritas enquanto tiver em período de transmissão não poderá retornar à Escol
Favor diagnosticar e tratar ,dando o dia da autorização no formulário abaixo e entregar para o aluno.

登校許可証明書 **Certificado de retorno para Escola**

学校長様 Sr. Diretor

病名 nome doença

診断日 data diagnóstico 令和 年ano 月mês 日dia

登校許可日 dia de retorno: 令和 年ano 月mês 日dia

dia diagnóstico診断日 令和 年ano 月mês 日dia

Nome instituição 医療機関名

Nome do Médico 医師名

この連絡票は登校される際に必ず学校へお返してください。 Quando retornar entregar sem falta.
不明な点がございましたら養護教諭へお問合せください。 Caso de dúvidas , com enfermaria da Escola.