

Sr(a) Responsável

Comunicado de suspensão de presença na escola por influenza 【インフルエンザ療養報告書】

Escola Municipal 広瀬小 de Isesaki

Diretor(a) 神立 誠

Devido a lei de Saúde e Segurança Escolar, o seu(a sua)filha(a), por motivo de influenza, estará suspenso de frequentar a escola durante o período que pode contagiar outras pessoas.

O critério de período de suspensão de presença na escola por influenza é como segue abaixo.

< critério de período de suspensão de presença na escola por influenza.>
「Até passar 5 dias depois de aparecer os sintomas e 2 dias depois de cessar a febre (3 dias para crianças pequenas)」

Se for diagnosticado de influenza, receba o tratamento médico suficiente e retorne a escola depois de certificar recuperação total.

Além disso, para retornar a escola, siga orientação médica e entregue para escola o 「Comunicado relacionado com o tratamento e repouso por influenza」 preenchido pelo responsável. **(No entanto, em caso de médico diagnosticar que pode retornar à escola antes de passar 5 dias, é necessário apresentar o Certificado de cura(Tiyu shomeisho).**

.....

Sr(a) Diretor(a)

Preenchido pelo responsável

Comunicado relacionado com o tratamento e repouso por influenza

【インフルエンザ療養報告書】

_____ série _____ turma Nome da criança · aluno(a)

- 1 Instituição médica onde recebeu diagnóstico : Clínica Pediatra _____
- 2 Data de diagnóstico : Reiwa ____ ano ____ mês ____ dia (Tipo diagnosticado : Tipo A ____ Tipo B ____
Desconhecido) ※Circle no que corresponder.
- 3 Dia de retornar a escola : Reiwa ____ ano ____ mês ____ dia

(Para voltar frequentar a escola é necessário satisfazer ambos critérios de período abaixo 1 e 2)

※Preencha 「Quando apareceram os sintomas」 e 「Quando cessou a febre」

Critério de período de suspensão de presença na escola	
1	Não conta(zero dia)o dia em que apareceram os sintomas (Quando apareceram os sintomas) e se passaram 5 dias desde o dia seguinte. ⇒ Quando apareceram os sintomas : _____ mês ____ dia
2	Não conta o dia em que cessou a febre , e se passaram 2 dias desde o dia seguinte(para crianças pequenas é 3 dias) ⇒ Quando cessou a febre : _____ mês ____ dia

Declaro que os dados descritas acima são verdadeiros.

Reiwa ____ ano ____ mês ____ dia

Nome do responsável _____ carimbo