

保護者 様

愛知県立ひいらぎ特別支援学校長

学校感染症による出席停止後の再登校について

日ごろは、本校の教育に対し御理解と御協力をいただきありがとうございます。

さて、学校保健安全法第19条の規定による学校感染症は、感染の可能性がある(疑いを含む)期間は出席停止の措置をとることとなります。

つきましては、医師により感染のおそれがないと認められ、再び登校を始める際は、下記の「登校許可願い」を保護者の方で必要事項を御記入いただき、担任までご提出ください。

登校許可願い

愛知県立ひいらぎ特別支援学校長 殿

部 年 組 氏名

医師により感染のおそれがないと認められたため、令和 年 月 日()から登校してよろしいか。

病 名	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふく) <input type="checkbox"/> 風疹(三日ばしか) <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱(プール熱) <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 <input type="checkbox"/> その他()	罹患・疑い
出席停止期間	令和 年 月 日()から令和 年 月 日()	
受診医療機関		

※ 「病名」は、医師に告げられたものに✓をし、罹患または疑いに○をつけてください。「その他」の場合は、()に病名の記入をお願いします。

※ 「出席停止期間」は、医師に指示された期間を記入してください。

令和 年 月 日

保護者氏名