

保護者様

出席停止のお知らせ

学校保健安全法第19条に基づき、一般生徒への感染を防ぐため、下記によりお子様の出席を停止いたします。

医師による診断がつきましたら、学校へ至急連絡の上、〈別紙1〉「学校感染症出席停止の基準」を参考に、医師の指示に従って自宅で療養してください。この期間中は、欠席の取扱いにはなりません。

また医師から感染の恐れがないと登校の許可がでましたら、保護者の方が下記の「登校願い」をご記入、ご捺印の上、登校時にお子様を持たせて学級担任にご提出ください。

担当: 養護教諭

..... (切り取り線)

令和 年 月 日

仙台市立長命ヶ丘中学校長 様

年 組 生徒氏名 _____

保護者氏名 _____ 印

登校願い

感染症のため、下記の通り出席停止でしたが、医師の許可を得ましたので登校を許可願います。

記

1. 出席停止理由(感染症 診断名) _____ のため

2. 医師の指示による出席停止期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

3. 通院した医療機関名

医師名 _____ 電話番号 _____