

平成 年 月 日

登校許可願い

成城中学・高等学校長殿

保護者氏名 _____ 印

(中・高__年__組__番 生徒氏名_____)

以下の理由により、伝染病予防上、支障のないことを確認しましたので、
登校を許可していただきますよう、お願い申し上げます。

生徒氏名 _____

病 名 _____

初 診 日 平成 年 月 日

登校をしてもよいとする日 平成 年 月 日 () から

上記の生徒は、学校伝染病が軽快し、かつ学校保健法の基準により伝染病
の予防上支障がないと認めます。

平成 年 月 日

医療機関名

医師氏名

印

〔保護者の方へ〕

医療機関にて、学校保健法に定められている伝染性疾患と診断を受けられましたら、出校が禁止になります。医師の指示のもと十分に休養をとり、登校を見合わせてください。

医師から学校生活への支障がないと認められたときに、上記を記入してもらい、最初の登校日に、担任に提出をしたあと、教室への入室が可能となります。

なお、医療機関での証明がない場合は、そのまま欠席扱いとなりますのでご承知おきください。

〔担任記入欄〕

担任 _____ 印

出席停止期間 平成__年__月__日() ~ 平成__年__月__日()