

Aos senhores pais,

Escola Primária

TATOMI da cidade de Chuo

## **SOBRE A SUSPENSÃO ESCOLAR EM CASO DE DOENÇAS CONTAGIOSAS**

### 学校感染症による出席停止について

Com base no estatuto da segurança e saúde escolar, o aluno que contrair doença contagiosa, deverá estar de suspensão escolar. No caso de contrair enfermidade contagiosa, **deverá permanecer em casa até permissão médica**. Para retornar a frequentar a escola, deve apresentar a autorização de frequência escolar preenchido pelo médico. **Na cidade de Chuo, no caso de suspensão escolar devido as doenças contagiosas descritas abaixo, deve-se apresentar a 「Autorização de frequência escolar」.**

Abaixo estão descritas as principais enfermidades que devem ser prevenidas e o período de suspensão escolar.

1° tipo (※印)	Até sarar completamente
2° tipo	Descrito abaixo
Coqueluxe	Até a tosse peculiar desaparecer ou após 5 dias de conclusão do tratamento com antibiótico.
Sarampo	Até 3 dias após baixar a febre.
Meningite Parótida Epidêmica (caxumba)	Após 5 dias do surgimento do inchaço da glândula abaixo do ouvido, submandibular ou sublingual e até recuperação total do estado de saúde
Rubéola	Até desaparecimento das erupções da pele
Catapora	Até todas as erupções da pele secarem
Faringite	Até 2 dias após desaparecimento do sintoma principal
Meningite	Até que o médico avalie pelos sintomas que não há risco de contágio
Tuberculose	Até que o médico avalie que não há risco de contágio
3° tipo	Até que o médico da escola ou outro médico avalie que não há risco de contágio. Dependendo dos sintomas, a suspensão escolar pode não ser necessária.
conjuntivite epidêmica, conjuntivite hemorrágica aguda, outros	
Outras doenças contagiosas	

\* 1° tipo : febre hemorrágica ebola, febre hemorrágica Crimean-Congo, varíola, febre hemorrágica da América do sul, peste, febre de Marburg, febre de Lassa, difteria, SARS, polio, influenza aviática(H5N1), outros.

<b>登校許可証</b> AUTORIZAÇÃO DE FREQUÊNCIA ESCOLAR	
田富小学校学校長 殿	
田富小学校 年 組 氏名 _____	
病名 ( _____ )	
出席停止期間 ( 月 日 ~ 月 日 )	
上記疾病について、感染のおそれなくなりましたので 月 日より登校を許可します。	
令和 年 月 日	印
_____ 医療機関名・医師名	