スペイン語

**Autorización de asistencia escolar**

　 Sr. Director de la escuela

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Grado　　　sección　nombre

　　　　　　　　　　　　（のをいてくださいSe les pide a los padres o responsable favor de llenarlo）

１　をいてください。または○でんでください。

Favor de escribir el nombre de la enfermedad o marcar con ○.

|  |  |
| --- | --- |
| Grupo tipo 1 | Nombre de la enfermedad（　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| Grupo tipo 2 | インフルエンザinfluenza　 tós ferina/convulsiva　 しんsarampión  paperas　 しんrubéola　 varicela　 fiebre faringoconjuntivitis  tuberculosis |
| Grupo tipo 3 | コレラcólera　disentería bacteriana  “Escherichia Coli Enterohemorrágica” como causa de diarrea infantil  チフスfiebre tifoidea intestinal　パラチフスfiebre paratifoidea  conjuntivitis (ceratoconjuntivitis epidémica)  conjuntivitis hemorrágica aguda  そののotras enfermedades infecciosas（　　　　　　　　　　　） |

２　Período de suspensión escolar de:　　　mes　　　díaから　　hasta　　　mes　　　díaまで

　ののはするおそれがなくなりましたので、してもしえないものとめます。Declaro que la enfermedad del paciente arriba mencionado no presenta ninguna posibilidad de propagación o contagio a terceros. Le autorizo su asistencia escolar (Jardín de niños), pudiendo el niño(a) volver a las actividades normales.

　　　　Año Reiwai　　　año　　　mes　　　día

　　　　　　　　　　　　　　Nombre del médico　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　sello