返校复课证明

学校：

贵校 年级 班学生，性别 ，年龄 ，该学生

于 月 日发病，诊断为 ，现症状已消失，隔离期满，可以返校复课。

特此证明。

医疗机构：（盖章）

医生签名：

年 月 日

《中华人民共和国传染病防治法》

第六十九条 医疗机构违反本法规定，有下列情形之一的，由县级以上人民政府卫生行政部门责令改正，通报批评，给予警告；造成传染病传播、流行或者其他严重后果的，对负有责任的主管人员和其他直接责任人员，依法给予降级、撤职、开除的处分，并可以依法吊销有关责任人员的执业证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任：……
第七十七条 单位和个人违反本法规定，导致传染病传播、流行，给他人人身、财产造成损害的，应当依法承担民事责任。