

岩倉市立各小学校 2 年生保護者各位 Aos Srs. Pais dos alunos da 2ª. Série

岩倉市教育委員会 Secretaria da Educacao de Iwakura

岩倉市小中学校長会

Associação dos diretores das escolas primárias e secundárias de Iwakura

フッ化物洗口に対する希望のお尋ね（ポルトガル語）

Comunicado de avaliação se deseja ou não a aplicação bucal com flúor

2 年生の保護者の皆様には、益々ご健勝のこととお喜び申し上げます。日頃は、本市の教育活動に格別のご理解とご協力を賜り、誠にありがとうございます。

Aos senhores pais e responsáveis dos alunos do 2ª série, agradecemos antes de mais nada pela sempre valorosa cooperação na educação de nossas crianças.

本年度も、昨年度に引き続き、希望者に対してフッ化物洗口ができる機会を設けています。

Este ano, novamente, como no ano passado os alunos também terão a oportunidade para fazer aplicação bucal com flúor.

フッ化物洗口は、乳歯から永久歯に生えかわる時期に行うと、その後の虫歯予防に効果があるとされているものです。

A aplicação bucal com flúor, tem efeito de prevenir as cáries quando aplicado antes da mudança, do dente de leite para o dente permanente.

週に 1 回、ごく薄いフッ化ナトリウム水溶液を口に含んで口腔内をうがいするもので、安全性は確立されていますが、実施にあたっては、保護者の方々のお考えを尊重し、希望制をとることにしています。

A aplicação bucal com fluor é uma forma eficiente de prevenir as cáries certificada pela Associação Médica Internacional e Japonesa mas, gostaríamos de saber se os pais ou responsáveis desejam ou não que seja aplicado o flúor uma vez por semana.

つきましては、以下の「フッ化物洗口希望票」に希望の有無など必要事項をお書きの上
____月____日（____）までにお子様を通して担任までご提出いただきたいと思います。

Favor preencher abaixo o formulário se deseja ou não que seja aplicado o flúor, até o dia
_____ de _____ (_____-feira), e enviar para o professor responsável.

なお、フッ化物洗口の開始は（____）月中旬ごろを予定しています。

A aplicação bucal com flúor está programado para o meio de （____）.

..... <キリトリ線 Cortar >

平成____年度 フッ化物洗口希望票

HEISEI ____ Formulário de avaliação se deseja ou não fazer a aplicação de flúor

Faça um círculo na alternativa escolhida.

フッ化物洗口を（____）希望します Desejo que faça a aplicação de flúor.

（____）希望しません Prefiro que não façam a aplicação de flúor.

2 年 組 番 児 童 名

Série Classe Nº Nome do aluno

保護者名

印

Nome do pai ou responsável

Carimbo