ポルトガル語

**Autorização de freqüência escolar (jardim de infância)**

　 Ao Sr. Diretor da escola (jardim de infância)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　série　　　turma　nome

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（a ser preenchido pelos pais ou titular responsável）

１　をまたは、○でんでください。Favor escrever o nome da doença ou marcar com ○.

|  |  |
| --- | --- |
| grupo tipo 1 | nome da doença（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| grupo tipo 2 | インフルエンザinfluenza　 coqueluche　 しんsarampo　 caxumba　 しんrubéola　 varicela　 febre faringoconjuntivite　 tuberculose |
| grupo tipo 3 | コレラcólera　disenteria bacteriana　diarréia infantil “Escherichia Coli Enterohemorrágica”　チフスfebre tifóide abdominal　パラチフスfebre paratifóide　ceratoconjuntivite epidêmica　conjuntivite hemorrágica agudaそののoutras doenças infecto-contagiosas（　　　　　　　　　　　） |

２　período de suspensão escolar: de　　　mês　　　diaから　　até　　　mês　　　dia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 a doença do paciente acima referido não corre nenhum risco de propagação ou contágio a terceiros. Autorizo a sua freqüencia escolar (jardim de infância), podendo voltar às atividades normais.

　　　　Ano Reiwai　　　ano　　　mês　　　dia

　　　　　　　　　　　　　　　　　　nome do médico　　　　　　　　　　　　　　　　　carimbo