令和 Reiwa Ano\_\_\_年 mês\_\_\_月 dia\_\_\_日

保護者の皆様

Aos Srs Pais ou Responsáveis

豊橋市立 　　　 学校長

Diretor(a) da Escola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Questionário para participar dos treinos de corrida**

**かけ足訓練参加調査票**

Começarão os treinos de corrida a partir do mês 月 dia 日➀.

Preencha o formulário sobre a participação e entregue para a escola até o mês 月dia 日➁.

 月 日➀から、かけ足訓練が始まります。

参加状況について下の用紙に記入して、 月 日➁までに学校に提出してください。

**＜Cuidados a serem tomados＞**

＊Crianças portadoras de alguma enfermidade (cardíaca, renal, convulsiva, etc.) devem consultar o médico da família quanto à participação nesta atividade.

＊Trazer uma toalha para enxugar o suor.

＊Quando a criança não estiver bem de saúde, e não puder participar, avise o professor responsável

através do caderno de recados “RENRAKU-TYO”, todas as vezes que precisar se ausentar do treino.

＊Traje：Uniforme de educação física (ou roupa que permita correr).

＜ 注意事項＞

＊持病（心臓病、腎臓病、ひきつけ等）のある児童は、かかりつけの医師と相談してください。

＊汗拭き用のタオルを持たせてください。

＊体調が悪くて見学する場合は、そのつど担任に連絡帳等でご連絡下さい。

＊服装は、体操服（走りやすい服装）でお願いします。

 RECORTE 切り取り線

**Questionário para participar dos treinos de corrida**

**かけ足訓練参加調査票**

Série\_\_\_\_年classe\_\_\_\_組número\_\_\_\_番

Nome do aluno児童名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do responsável 保護者名 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responda circulando sua opção:

どちらかに〇をつけてください:

**( ) Participará dos treinos de corrida.** 参加します。

**( ) Não participará dos treinos de corrida.** 参加しません。

**Motivo**理由**：**