年（année）　　月(mois)　　　日(jour)

フランス語申し込みについて

Document 1

Chers parents/gardiens...

Sujet: Bain de bouche au fluor

　La ville de Shizuoka, avec le soutien du département et du gouvernement japonais, recommande de faire des bains de bouche au fluor afin de prévenir l’apparition des caries. Il s’agit d’un moyen sans danger et particulièrement efficace.

　Le nombre d’enfants ayant des caries est en baisse, cependant, il reste encore des enfants qui n’arrivent pas à mâcher, car ils n’ont pas accès à des soins dentaires, ou ont plus de 10 dents cariées. Il est prouvé que le bain de bouche fluoré aide à réduire le nombre de ces cas, tout en permettant efficacement la prévention des caries chez tous les enfants.

Afin de protéger la santé bucco-dentaire de vos enfants, nous vous demandons votre coopération quant à l’implémentation de bains de bouche fluorés.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Méthode | 5 fois par semaine votre enfant se rincera la bouche pendant 1 minute avec le bain de bouche fluoré (Si non, le rincage se fera l’eau du robinet) |
|  |  |  |
| 2 | Prix | Gratuit (Pris en charge par la ville de Shizuoka) |
|  |  |  |
| 3 | Début  | À partir du 年(année)　　　月(mois)　　　日(jour) |
|  |  |  |
| 4 | Comment participer | Veuillez compléter et déposer le document “Formulaire d’Autorisation Bain de bouche fluoré” à votre kodomoen avant le　　月(mois)　　　日(jour) |
|  |  |  |
|  |  |  |

Le Directeur

Dentiste En Charge

Formulaire d’Autorisation Bain de bouche fluoré

フランス語申込書

Document2 様式２

フッ化物洗口申込書

　Date　　　　年（année）　　月(mois)　　　日(jour)

Monsieur le directeur

園長　様

* Entourez la mention correspondante
* どちらかを○で囲んでください。

1)　Je souhaite que mon enfant reçoive un bain de bouche fluoré.

フッ化物洗口を希望します。

2)　Je ne souhaite pas que mon enfant reçoive un bain de bouche fluoré.

(Dans ce cas, le rinçage se fera avec de l’eau du robinet)

フッ化物洗口を希望しません。

(希望されない場合は、水道水による洗口をおこないます)

Nom de l’enfant　［　　　　　　　　　　　　　　］

園児名

Classe (kumi)　（　　　　　　　　　　　　　組）

Signature du parent/gardien［　　　　　　　　　　　　　　］

保護者氏名