年　　月　　日

 ano mês dia

保護者　様

Senhores Pais ou Responsáveis

　　　　　　　　　　学校　校長

Nome da Escola　　　　Diretor

色覚の検査について
**Sobre o Teste de Daltonismo**

　先天色覚異常は男子の約５％（２０人に１人），女子の約０．２％（５００人に１人）の割合にみられますが，色が全く分からないというわけではなく，色によって見分けにくいことがある程度で，日常生活にはほとんど不自由はありません。このため強制ではありませんが、状況によっては色を見誤って周囲から誤解を受けることや，色を使った授業の一部が理解しにくいことがあるため，学校生活では配慮が望まれます。

　本人には自覚の無い場合が多く，児童生徒が検査を受けるまで，保護者もそのことに気付いていない場合が少なくありません。授業を受けるにあたり，また将来の職業・進路選択にあたり，自分自身の色の見え方を知っておくためにもこの検査は大切です。

　以上をご理解いただき，色覚検査の希望の有無について，以下の「色覚検査希望書」に記入のうえ，　**月　　日までに**学級担任へご提出ください。

 O daltonismo é um problema que ocorre aproximadamente 5% (1 em cada 20) nos homens e 0.2% (1 em cada 500) nas mulheres. O daltônico tem a dificuldade de distinguir certas cores e isto não gera dificuldades na vida cotidiana. Por isso, o teste não é obrigatório. Porém, pode houver certa dificuldade no entendimento das aulas em que há uso de cores. Assim, algumas medidas devem ser tomadas na vida escolar.

 O daltônico costuma não ter consciência de seu problema e os pais acabam sabendo do problema da criança depois de ter feito o teste. Além da criança conhecer a forma que ela enxerga as cores, o teste é importante para ela poder assistir às aulas, escolher o rumo e a profissão futura.

 Tendo em vista esses fatos, favor preencher o requerimento do teste de daltonismo que segue abaixo e entregue-o para professor responsável até o **\_\_\_\_\_\_ (mês)/\_\_\_\_\_\_(dia)**.

**色　覚　検　査　希　望　書
Requerimento do Teste de Daltonismo**

＊どちらかに○をつけてください。
Circule uma das opções.

色覚検査を　　 　１．希望します　　　　 ２．希望しません
Teste de Daltonismo: 1. Desejo que realize 2. Não desejo.

　　年　　月　　日
 ano mês 　dia

年　組　　児童生徒名
 série　classe Nome do aluno:

　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者名　　　　　　　　　　　　　　　印
 Nome do responsável: (carimbo)