

第20回日本語ふれあいセミナー申込書

FOTO (3x4)	ふりがな	
	氏名・Nome :	
	ローマ字 (Conforme o RG) Nome Romanizado	
	記念にTシャツを差し上げますのでサイズに✓をしてください。 女性用・Baby Look <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> GG 男性用・Regular <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> GG	
	参加回数・Número de Participações <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 4回 <input type="checkbox"/> __回	
生年月日 Data Nascimento	____年__月__日 (__歳・anos)	国籍・Nacionalidade
自宅電話番号・Telefone Residencial ()	身分証明書番号・Nº do RG/ Passaporte	
生徒のメール・E-mail do aluno	生徒の携帯番号・Celular nº ()	
申込者の住所 Endereço completo	Rua/Av.: Bairro: Estado:	Cidade: CEP:
父親氏名・Nome Pai	母親氏名・Nome Mãe	
E-mail do Pai:	E-mail da Mãe:	
Celular nº	Celular nº	
日本語学校名・Nome Escola Japonesa	通算在学年数 ()年・anos Tempo de estudo	
担当教師名・Nome Professor	電話番号・Telefone: メール Email:	
日本語の レベル Nível Japonês	日本語能力試験 Noryoku Shiken	<input type="checkbox"/> N1 <input type="checkbox"/> N2 <input type="checkbox"/> N3 <input type="checkbox"/> N4 <input type="checkbox"/> N5 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級
	CBLJ テスト CBLJ TEST (Kodomo Test)	<input type="checkbox"/> NM1 <input type="checkbox"/> NM2 <input type="checkbox"/> NM3 <input type="checkbox"/> NM4 <input type="checkbox"/> NM5 <input type="checkbox"/> M1 <input type="checkbox"/> M2 <input type="checkbox"/> M3 <input type="checkbox"/> M4 <input type="checkbox"/> M5 <input type="checkbox"/> M6 <input type="checkbox"/> M7
	会話能力 Nível de Conversação	<input type="checkbox"/> 良くできる・Fluente <input type="checkbox"/> ふつう・Avançado <input type="checkbox"/> 少しできる・Intermediário <input type="checkbox"/> あまりできない・Básico
	参加者の性格特徴・ Característica do aluno	
参加目的・ Objetivo da Participação		
備考：必ずご記入下さい。 健康上の問題点や日常生活習慣において、保護者の立場から引率者が留意しておくべき事柄（慢性の小児ぜんそく・気管支炎・その他）、特にアレルギー体質の方は何に対してのアレルギーなのか（食物・虫・クスリ・その他）、また常備薬等、医者から指示を受けている事柄等をお書きください。特に留意すべき事柄がない場合は、『特になし』と記入してください。毎日服用している薬があれば、必ず持ってきてください。 Ficha Médica: favor preencher todas as informações importantes e relevantes a respeito da saúde física e mental do aluno, alergias (comida, insetos, medicamentos, etc.), doenças crônicas (asma, bronquite, etc.) e cuidados gerais. Se não possuir nenhum problema, anotar: nada a declarar. (Trazer os remédios que costuma usar) Cartão SUS: Sugerimos trazer o cartão SUS ou CARTÃO CONVÊNIO (trazer lista endereço hospitais/clínicas da cidade de São Paulo cobertos pelo convênio).		
AUTORIZAÇÃO: Eu, _____ autorizo meu(minha) filho(a) _____ a participar do 20º Seminário da Amizade, a realizar nos dias 15,16,17,18/01/2019. Atesto para os devidos fins que meu(minha) filho(a) irá respeitar as regras pré-estabelecidas pela organização do evento. _____, ____ de _____ 2018		
Assinatura do Responsável: _____		
Os participantes autorizam e cedem seu nome, imagem e redação para a utilização em toda a mídia impressa e eletrônica (cartazes, folhetos, fotos, etc.), para a divulgação do evento, sem nenhum ônus e por tempo indeterminado à CBLJ.		