隣接校選択申請書

　　　年　　　月　　　日

生駒市教育委員会　殿

保護者（申請者）

　住　　所　　生駒市

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　電話番号　（　　　）　　　　―

次のとおり、通学時の安全確保を考慮して隣接校を選択したいので申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 生年月日 | 入学年度 |
|  | 平成　 年　 　月　　 日生 | 平成・令和　　　年度入学（予定） |
|  | 平成　　年　　 月　 　日生 | 平成・令和　　　年度入学（予定） |
|  | 平成　　年　　 月　 　日生 | 平成・令和　　　年度入学（予定） |
| 住民登録住所 | 生駒市 |
| 就学指定校 | 生駒市立　　　　　　　　　小学校　（通学距離　約　　　　km） |
| 希望する隣接校 | 生駒市立　　　　　　　　　小学校　（通学距離　約　　　　km） |
| 備考欄 | 受付印 |

※１　小学校卒業までの６年間、同じ学校に通学します。

※２　選択できる学校は、指定校より近く、徒歩で通学できる学校に限ります。

※３　通学距離は、自宅からの直線距離をご記入ください。