自 転 車 通 学 届

令和　　年　　月　　日

山元町立坂元小学校校長　様

保護者名　　印

住所　山元町

通学距離（約　　．　　ｋｍ）

通学距離が２ｋｍ程度か，またはそれを超える距離で，徒歩による通学が困難なため，下記の児童の自転車通学を認めてくださるようお願いいたします。

なお，自転車で通学する際には，保護者の責任において安全に通学するように指導いたします。

地区名	
学年	年
児童名	

＊自転車通学を希望する場合は，必要事項を記入し捺印の上，学級担任に提出して下さい。