（別紙１）

**瀬戸内町小規模小学校入学（転学）特別認可制度申請書**

令和　　年　　月　　日

瀬戸内町教育委員会　殿

住　所

保護者　連絡先

　　氏　名

　私の保護している（　　　　　　　　）小学校・幼稚園・保育所（　　　　　）学年

（　　　　　　　　　　）の就学について，特別認可制度の条件を理解したうえで，下記の小学校への入学（転学）を申請します。

記

１　入学(転学)を希望する学校　　　瀬戸内町立（　　　　　　　　）小学校

２　申請の事由

特別認可制度入学(転学)の条件

１　１年以上通年通学する児童。

　２　原則として自力通学（路線バス通学含む）できる児童。

　３　通学時間が片道1時間以内。

　４　入学(転学)することによって学級減を生じない学校に在籍する児童。

　５　正規の通学区域を越えて通学することから，登下校における安全の確保，PTA活動

　　　の協力，その他学校の指導等に対する協力ができる保護者がいる児童。

　６　入学(転学)の取消し

　　　入学(転学)を許可した後，申込みの事実と異なり，また趣旨・目的に会わない事実

が生じ支障があると認められるときは，入学(転学)を取消すことがあります。