

通学区域の弾力化制度利用申請書

年 月 日

近江八幡市教育委員会 宛

保護者氏名

※署名（自筆）又は記名押印

本人（児童・園児）との続柄（ ）

次のとおり、通学区域の弾力化制度の利用を申請します。

なお、希望する小学校（幼稚園）までの通学（園）については、保護者の責任において対応します。

| | | | |
|-----------------|---------------------------------|---------|-----------------------------|
| 児童（園児）氏名 | 学年（歳児） (希望校（園）への 入学（園）時点) | 生 年 月 日 | 現在通学（園） している小学校・ 幼稚園等 |
| | | 年 月 日 | |
| | | 年 月 日 | |
| 住 所 | 〒 ー 近江八幡市 | | |
| 連 絡 先 (電話番号) | 自 宅 () 緊急連絡先 () | | |

| |
|--|
| 申請理由 |
|--|

通学区域指定校（園）・弾力化制度による希望校（園）を記入してください。

| 本来の通学区域指定校（園） | 弾力化制度による希望校（園） | 備 考 |
|---------------|----------------|-----|
| | | |
| | | |

※ 申請者が受入れ人数を超えた場合は、抽選となります。

※ 入学（園）した小学校（幼稚園）へは、卒業（園）まで通学（園）することを原則とします。