

神奈川県立元石川高等学校長 殿

自転車通学許可願

校 長	生徒保健

自転車保険加入
有・無

学校まで ・ 駅まで
(どちらかに○印を付けてください。)

年 月 日

年	組	番	生徒氏名
1年			
2年			
3年			

次のとおり、自転車通学を希望いたしますので、許可をお願いいたします。

保護者氏名
(印)

住 所	TEL () -		
所要時間	分	通学距離	Km
通学経路図…自転車通学範囲（自宅から学校まで、または自宅から最寄り駅まで）の地図を書き、通学路は「赤」で表記してください（目印となる建物や交差点の名称等を入れて書いてください。）			

※ 太線内はすべて記入してください。

※ 転居等により住所が変わったら再度提出してください。

許可番号(ステッカーフラグ番号を兼ねます)