

(別紙1)

## 瀬戸内町小規模校入学(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 \_\_\_\_\_  
印 \_\_\_\_\_

私の保護している( )・小学校・中学校・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・中学校への入学(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・中学校

2 申請の事由

---

---

---

### 特別認可制度入学(転学)の条件

- 1年以上通年通学する児童・生徒。
- 原則として自力通学(路線バス通学含む)できる児童・生徒。
- 通学時間が片道1時間以内。
- 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・生徒。
- 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・生徒。
- 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。