

令和 年 月 日

自転車通学許可願

開星中学校・高等学校 校長 様

下記の条件を守ることを約束の上、自転車通学をさせたいので許可をお願いします。

生徒	R 番 氏名		
保護者氏名	印	電話番号	
住所	〒		
学校までの距離	・ km	部活動	部

<条件>

1. 交通法規を守り、事故防止につとめること。
 2. 自転車許可ステッカーを貼付すること。(許可ステッカー実費負担)
 3. 自転車通学規定を遵守すること。
 4. 自転車保険に加入すること。(この許可願の裏面に保険証書のコピーを貼付のこと)
 5. 夜間はライトを点灯すること。
 6. ヘルメットを着用すること。
 7. 雨天時には雨カッパを着用すること。(傘さし運転は厳禁)
 8. 運転中のスマートフォン・イヤホンなどの使用は禁止する。
 9. 正規の駐輪場以外に無断放置をしない。
- ※ 7ページの自転車通学規定を熟読の上、記名捺印をお願いします。

担 任	係	許可ステッカー番号

防犯登録番号
車 体 の 色

(太線の枠内をすべて記入しておくこと)

この面に保険証書のコピーを貼付してください。