

Bolszewo,.....

.....
(nazwisko i imię rodzica)

.....
.....
(adres)

Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 1
im. Mikołaja Kopernika w Bolszewie

WNIOSEK O WYDANIE DUPLIKATU LEGITYMACJI SZKOLNEJ

Zwracam się z prośbą o wydanie duplikatu legitymacji szkolnej dla mojego/mojej syna/córki
....., ur. w
.....
ucznia/uczennicy klasy

Oświadczam, że legitymacja uległa zniszczeniu/zgubieniu.

.....
(podpis rodzica/opiekuna)

* wydanie duplikatu musi być poprzedzone opłatą – przelew na konto: Szkoła Podstawowa nr 1 im. Mikołaja Kopernika w Bolszewie, 84 – 239 Bolszewo, ul. Szkolna 13. Konto bankowe Bank Millennium 85 1160 2202 0000 0001 1884 1346. Kwota 9,00 zł. Tytułem: opłata za duplikat legitymacji szkolnej - (imię i nazwisko ucznia)

Załączniki: 1 Aktualne zdjęcie.