

.....
(nazwisko i imię rodzica/opiekuna prawnego)

Piekoszów, dn.

.....

.....
adres zamieszkania

.....
nr telefonu

Dyrektor
Zespołu Placówek Oświatowych
w Piekoszowie

Zwracam się z prośbą o wystawienie duplikatu legitymacji szkolnej córce/synowi*

.....ur.
(imię i nazwisko) (data urodzenia)

zamieszkałegouczennicy/uczniowi*

klasy

Poprzednia legitymacja szkolna została.....
(zgubiona/zniszczona)

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Oplata za duplikat legitymacji szkolnej - **9 zł**

Nr konta : **05 8499 0008 0400 9120 2000 0012**

Tytułem: **wpłata za duplikat legitymacji szkolnej** – imię i nazwisko ucznia oraz klasa

* niepotrzebne skreślić.