

Warszawa, dn.

.....
imię rodzica

.....
nazwisko rodzica

.....
ulica

.....
kod pocztowy

.....
miejscowość

Dyrektor

Zespołu Szkolno-Przedszkolnego nr 9

Karolina Wołoszyn

Zwracam się z prośbą o wydanie duplikatu legitymacji szkolnej dla mojego dziecka:

.....
imię dziecka

.....
nazwisko dziecka

.....
data urodzenia dziecka

.....
miejsce urodzenia dziecka

.....
PESEL dziecka

.....
klasa

.....
.....
.....

powód wydania duplikatu legitymacji

.....

podpis rodzica

Do wniosku należy dołączyć zdjęcie oraz kopie potwierdzenia wniesienia opłaty za duplikat legitymacji w wysokości 9 zł.

Numer rachunku bankowego : 04 1030 1508 0000 0005 5109 8028

Zespół Szkolno –Przedszkolny nr 9

ul. Kadetów 15 03- 987 Warszawa

z dopiskiem : imię i nazwisko ucznia –duplikat legitymacji