

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(adres zamieszkania)

**Dyrektor
Szkoły Podstawowej nr 2
im. Tadeusza Kościuszki
w Słubicach**

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

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

.....
(adres zamieszkania)

uczeń/uczniowi* klasy

Jednocześnie informuję, że oryginał legitymacji szkolnej

.....

W załączeniu dowód opłaty za wydanie duplikatu legitymacji szkolnej.

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

**OPŁATA WYNOSI 9,00 zł,
Opłatę należy wpłacić na konto BS Słubice
Nr rachunku: 39 8371 0009 0009 5543 2000 0100
Z dopiskiem : SP2 DUPLIKAT LEGITYMACJI SZKOLNEJ**

Potwierdzam odbiór duplikatu legitymacji szkolnej

.....
Data i podpis osoby odbierającej

* niepotrzebne skreślić

