

.....
(miejscowość, data)

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

.....
(dokładny adres zamieszkania ucznia)

Dyrektor
Specjalnego Ośrodka Szkolno – Wychowawczego
dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej
ul. Kopernika 9
76-100 Sławno

WNIOSKU O WYDANIE DUPLIKATU LEGITYMACJI SZKOLNEJ

Zwracam się z prośbą o wydanie duplikatu legitymacji szkolnej dla mojego syna/córki
..... ur. uczennicy/ucznia
klasy..... szkoły
z powodu..... (zniszczenia, zgubienia, kradzieży itp.)
oryginału.

Do Wniosku załączam:

1. Aktualne, podpisane zdjęcie legitymacje,
2. Dowód wniesienia opłaty za wydanie duplikatu legitymacji.

.....
(data i czytelny podpis)

UWAGA:

Opłatę w wysokości 9 zł należy uiścić na numer konta
Nr konta BBS 70 8566 0003 0000 9029 2000 0001