

Żory, dnia

.....
(imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych)

.....
(adres zamieszkania)

**Dyrektor
Szkoły Podstawowej nr 17
z Oddziałami Sportowymi
i Mistrzostwa Sportowego
im. Stanisława Ligonia
w Żorach**

WNIOSEK O WYDANIE DUPLIKATU LEGITYMACJI SZKOLNEJ

Proszę o wydanie duplikatu legitymacji szkolnej dla mojej córki / mojego syna*

..... klasa
(imię i nazwisko)

urodzonej/go* dnia..... z powodu

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że z chwilą otrzymania duplikatu legitymacji szkolnej traci ważność oryginał dokumentu.

.....
(czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych)

Załączniki:

1. Fotografia 30mm x 42mm,
2. Potwierdzenie dokonania opłaty

OPŁATA OD JEDNEGO DOKUMENTU WYNOSI **9,00zł**

Wpłata na konto: **65 1050 1676 1000 0022 8128 6134**

z dopiskiem w tytule: wpłata za wydanie duplikatu legitymacji szkolnej – imię i nazwisko ucznia

* - niepotrzebne skreślić