

Chorzów, dnia ____ - ____ - ____ roku

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego

Telefon kontaktowy

Do Dyrektora
Szkoły Podstawowej nr 15
im. Konstantego Wolnego
w Chorzowie

Wniosek o wydanie duplikatu legitymacji szkolnej

W związku z: brakiem miejsca na przedłużenie / kradzieżą / utratą / zmianą adresu / zmianą szkoły /
zniszczeniem * legitymacji szkolnej syna / córki

(imię i nazwisko)

data urodzenia PESEL klasa

adres zamieszkania

adres zameldowania

zwracam się z prośbą wystawienia duplikatu legitymacji szkolnej.

Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego

Załącznik:

1. Zdjęcie ucznia – opisane (imię i nazwisko)
2. Opłata za duplikat na konto – 9,00 zł

Szkoła Podstawowa nr 15
im. Konstantego Wolnego
41-500 Chorzów, ul. 3 Maja 78

63 1050 1214 1000 0024 2729 6807

Nazwisko i imię ucznia, klasa

* Niepotrzebne skreślić