Krośnice, dnia……………………………

……………………………………………………….

 Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna

 **Adres zamieszkania:**

………………………………………………………

 kod, miejscowość

……………………………………………………..

 ulica

 **Dyrektor Zespołu Szkół i Przedszkola**

 **w Krośnicach**

Proszę o wydanie **duplikatu legitymacji szkolnej**

dla mojego dziecka……………………………………………………… ucznia klasy …………………………..

urodzonego/ej dnia……………………………… w …………………………………………………………………

zamieszkałego/ej ………………………………………………………………………………………………………...

Podać przyczynę utraty oryginału legitymacji szkolnej:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Załącznik:

1. Potwierdzenie dokonania opłaty na konto bankowe Zespołu Szkół i Przedszkola w Krośnicach **51 9582 1023 2002 0200 1414 0101**

**Tytułem: Opłata za duplikat legitymacji szkolnej**

 **Opłata wynosi 9,00 zł**

1. Wpłaty należy dokonywać przelewem ze swojego konta

 **…………………………………………………….**

 Podpis rodzica/ prawnego opiekuna