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