

Wyrzysk, dnia

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania)

**Do Dyrektora
Centrum Kształcenia
Zawodowego i Ustawicznego
w Wyrzysku**

Proszę o wydanie duplikatu legitymacji szkolnej dla:

Imię i nazwisko

Data urodzenia

PESEL

Adres zamieszkania

Uzasadnienie

*Oplata za wykonanie duplikatu w wysokości 9,00 zł. Została wpłacona na rachunek bankowy Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Wyrzysku nr konta: **18 1020 3844 0000 1202 0169 4983 PKO BP.***

Potwierdzenie dowodu wpłaty w załączeniu.

.....
(podpis wnioskodawcy)

Adnotacje szkoły:

Rozpatrzono pozytywnie/negatywnie *

.....
(pieczęć i podpis Dyrektora szkoły)

Wydano duplikat pod nr

dnia

.....
(pieczęć i podpis osoby sporządzającej duplikat)

* niepotrzebnie skreślić