………………………………………., dnia…………………………

……………………………………………………………

(imię i nazwisko)

…………………………………………………………….

(adres)

………………………………………………………………

Tel………………………………………………………..

Szkoła Podstawowa nr 4 w Koninie

ul. Błaszaka 4

62-510 Konin

Proszę o wydanie duplikatu legitymacji szkolnej mojemu synowi/córce ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

uczniowi klasy……………….

Oryginał legitymacji uległ ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………

(podpis)