………………………………………., dnia…………………………

……………………………………………………………

 (imię i nazwisko)

…………………………………………………………….

 (adres)

………………………………………………………………

Tel………………………………………………………..

 Szkoła Podstawowa nr 4 w Koninie

 ul. Błaszaka 4

 62-510 Konin

Proszę o wydanie duplikatu świadectwa ………………………………………………………………………………

Wydanego przez …………………………………………………………………………………………………………………..

 (nazwa szkoły)

w roku……………………………………..

Oryginał świadectwa uległ ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Załączniki:

 …………………………………………

 (podpis)