………………………………………., 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)