

....., dnia
(miejscowość) (data)

Imię i nazwisko ucznia:.....

Adres zamieszkania:

.....

Data urodzenia: __ - __ - __ r.

PESEL: _ _ _ _ _

Klasa:

**Dyrektor
Zespołu Szkół w Karlinie**

WNIOSEK O WYDANIE DUPLIKATU LEGITYMACJI SZKOLNEJ

Proszę o wydanie duplikatu legitymacji szkolnej z powodu:

- zniszczenia*
- zagubienia *
- zmiany miejsca zamieszkania * (nie podlega opłacie)

* zaznacz właściwe

.....
(podpis rodzica lub pełnoletniego ucznia)

Załączniki:

1. Dowód uiszczenia opłaty
2. Aktualne zdjęcie

Wysokość opłaty za duplikat legitymacji: 9,00 zł.

- Powyższą kwotę należy wpłacić na n/w konto szkoły:

Zespół Szkół w Karlinie

ul. Ks. Brzóska 6

Numer rachunku : **70 1020 2821 0000 1902 0119 3754** (Bank PKO BP O/Białogard)

W tytule wpłaty proszę wpisać: **opłata za duplikat legitymacji szkolnej, imię i nazwisko ucznia oraz klasa**

Przykład: opłata za duplikat legitymacji szkolnej, Jan Kowalski, klasa I BSI

- lub w kasie **Zakładu Oświaty w Karlinie ul. Szymanowskiego 17**