**Duplikat legitymacji szkolnej**

…………………………………… Szczecin, dnia ………………

Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna

……………………………………

Adres zamieszkania Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 65

 w Szczecinie

Zwracam się z prośbą o wydanie duplikatu legitymacji szkolnej dla dziecka

Imię i nazwisko …………………………………………………………………………………………

Data urodzenia…………………………………………………………………………………………..

Pesel……………………………………………………………………………………………………..

Klasa …………………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………………..

Oświadczam, że oryginał legitymacji uległ zniszczeniu/zagubieniu\* w dniu ………………………….

 Podpis rodzica …………………….

W załączeniu:

- fotografia

- dowód wpłaty – 9,00 zł na konto nr 15102048120000030201666890 SP 65 w Szczecinie