*Załącznik Nr 1*

 Widuchowa, dnia ..................................

……………………………………..………………

(imię i nazwisko rodziców/ prawnych opiekunów)

…………………………………….………………

 (adres zamieszkania)

 Dyrektor

Szkoły Podstawowej

im. Władysława Szafera w Widuchowej

ul. Barnima III 1

74-120 Widuchowa

Zwracam się z prośbą o wydanie duplikatu legitymacji szkolnej dla mojego syna/córki\*

…………………………………………………………………………………………………...

(imię i nazwisko)

urodzonej(go) dnia ….……………………………………………………………………..….

z powodu ………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………

 (czytelny podpis rodziców/ prawnych opiekunów)

Załączniki:

1. Potwierdzenie dokonania opłaty.

OPŁATA OD JEDNEGO DOKUMENTU WYNOSI 9 zł, KTÓRE NALEŻY WPŁACIĆ NA KONTO: **72 9377 0000 0200 0257 2002 0001** LUB W SEKRETARIACIE SZKOŁY

Adnotacje Szkoły: