

.....
miejsowość, data

Dyrektor

Zespołu Szkół nr 10 w Koszalinie

Dotyczy: wydania duplikatu legitymacji szkolnej

Zwracam się z prośbą o wydanie duplikatu legitymacji szkolnej.

Oświadczam, że oryginał legitymacji szkolnej

.....
.....

Dane osobowe

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

Klasa

Adres

.....

.....
czytelny podpis

Legitymację odebrałem/łam

data

.....
czytelny podpis