

Wola Zabierzowska, dnia .....

.....  
(imię i nazwisko rodziców/ prawnych opiekunów)

.....  
(adres zamieszkania)

Dyrektor Szkoły Podstawowej  
im. Jana Matejki w Woli Zabierzowskiej

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

.....  
urodzonej(go) dnia .....  
z powodu .....  
.....

.....  
(czytelny podpis rodziców/ prawnych opiekunów)

Załączniki:  
Potwierdzenie dokonania opłaty.

OPŁATA OD JEDNEGO DOKUMENTU WYNOSI 9 zł,  
KTÓRE NALEŻY WPLACIĆ NA KONTO:  
MBS 20 8619 0006 0060 0630 7121 0001

Adnotacje Szkoły: