………………………………………………………….

 (imię i nazwisko )

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

 (miejscowość, data)

 ………………………………………………………..

 (adres zamieszkania)

…………………… …………………………………

 (klasa) (data urodzenia)

#

Dyrektor Zespołu Placówek im. Jana Pawła II

w Lubaczowie

ul. Kościuszki 145

37-600 Lubaczów

Zwracam się z prośbą o wyrobienie duplikatu legitymacji szkolnej z powodu zgubienia\*/zniszczenia\* oryginału.

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojego podania.

.................................................

czytelny podpis

Załącznik:

Potwierdzenie uiszczenia opłaty w wysokości 9,- zł (wpłaty na konto Bank Spółdzielczy w Lubaczowie – nr konta **30910100032001000620110001**) lub w kasie Zespołu.