

Grybów, dnia _____

(Nazwisko i imię ucznia)

(Adres zamieszkania)

(Data urodzenia)

(Klasa)

Do Dyrektora
Liceum Ogólnokształcącego
im. Artura Grottgera
w Grybowie

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wystawienie duplikatu legitymacji szkolnej
z powodu _____

Podpis ucznia

Akceptacja Dyrektora:

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że z chwilą otrzymania duplikatu traci ważność oryginalny dokument. W przypadku odnalezienia utraconego oryginału zobowiązuję się do zwrócenia go do sekretariatu szkoły.



UWAGA:

Opłata za duplikat legitymacji szkolnej wynosi 9 zł.

Powyższą kwotę należy wpłacić na konto:

Liceum Ogólnokształcące w Grybowie, ul. Kościuszki 18, 33-330 Grybów

PKO BP S.A. nr 15 1020 2892 0000 5802 0934 7586

w tytule wpisać: **duplikat legitymacji szkolnej imię i nazwisko ucznia**