

.....
imię i nazwisko

Jastrzębie-Zdrój,.....

.....
adres zamieszkania

.....

.....
data urodzenia

Klasa

PESEL:

**Dyrektor
I Liceum Ogólnokształcącego
z Oddziałami Dwujęzycznymi
im. St. Staszica
w Jastrzębiu-Zdroju**

Proszę o wydanie duplikatu legitymacji szkolnej ponieważ oryginał
został

.....

podpis

Załączniki:

1. Potwierdzenie wpłaty za wydanie duplikatu – 9 zł
 - wpłaty należy dokonać na konto:
I LO z Oddz. Dwujęzycznymi im. St. Staszica, ul. Graniczna 2, 44-335 Jastrzębie-Zdrój;
Nr konta bankowego: 38 8470 0001 2001 0028 4729 0012
 - tytuł wpłaty: opłata za wydanie duplikatu legitymacji szkolnej, imię i nazwisko ucznia
2. Aktualne zdjęcie