

....., dnia

(imię)

(nazwisko)

.....
(ulica, nr domu , mieszkania)

.....
(kod– miejscowość)

PESEL:.....

Nr telefonu:

I Liceum Ogólnokształcące
z Oddziałami Dwujęzycznymi
im. St. Staszica
ul. Graniczna 2
44-335 Jastrzębie-Zdrój

Proszę o wydanie duplikatu świadectwa

wydanego przez
(nazwa szkoły)

wroku
(wychowawca)

W/w świadectwo zostało wystawione dla
(nazwisko i imię)

..... urodzon..... dnia roku

w województwo

Oryginał świadectwa uległ

.....
(podpis)

Załącznik: Potwierdzenie wpłaty za wydanie duplikatu – 26 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 świadectwa, imię i nazwisko ucznia