

..... dnia ..... r.

Nazwisko: .....

Imię: .....

Data i miejsce urodzenia: .....

.....

Adres zamieszkania: .....

.....

Tel. kontaktowy: .....

**Dyrektor  
Zespołu Szkół im. T. Kościuszki  
ul. Niepodległości 54  
73-150 Łobez**

### WNIOSEK O WYDANIE DUPLIKATU LEGITYMACJI SZKOLNEJ

Proszę o wydanie duplikatu legitymacji szkolnej.

W roku szkolnym ..... uczęszczam do klasy .....

Szkoły: .....

Oświadczam, że oryginał legitymacji został:

.....  
/należy podać przyczynę utraty oryginału dokumentu/

Proszę o wystawienie faktury za dokonanie wpłaty za duplikat dla:

.....  
Jeżeli wnioskodawca jest pełnoletni – wpisać swoje imię i nazwisko  
Jeżeli wnioskodawca jest niepełnoletni – wpisać imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego i adres zamieszkania.

Oświadczam, że okoliczności utraty oryginału dokumentu przedstawiłem/am zgodnie z prawdą przy świadomości o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 272 KK (przestępstwo zagrożone karą pozbawienia wolności do lat 3).  
Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że z chwilą otrzymania duplikatu traci ważność oryginał dokumentu.

.....  
(czytelny podpis )

Załączniki:

1. Aktualne zdjęcie legitymacyjne
2. Kserokopia dowodu opłaty

Adnotacje szkoły: .....