

.....
(imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna)

.....
(miejscowość, data)

.....
(adres zamieszkania)

**Dyrektor
Szkoły Podstawowej nr 2
im. Tadeusza Kościuszki
w Słubicach**

Zwracam się z prośbą o wystawienie duplikatu świadectwa szkolnego córce/synowi*

.....
(imię i nazwisko, data urodzenia)

.....
(adres zamieszkania)

ukończenia klasy w roku szkolnym

Jednocześnie informuję, że oryginał świadectwa szkolnego

W załączeniu dowód opłaty za wydanie duplikatu legitymacji szkolnej.

.....
(podpis rodzica/prawnego opiekuna)

Opłata wynosi 26,00 zł (za każdy pojedynczy duplikat świadectwa szkolnego)

Opłatę należy wpłacić na konto BS Słubice

Nr rachunku: 39 8371 0009 0009 5543 2000 0100

Z dopiskiem: SP2 DUPLIKAT ŚWIADECTWA SZKOLNEGO

* niepotrzebne skreślić