

.....
imię i nazwisko

Starogard Gd, dnia.....

.....
data urodzenia

.....

.....
adres zamieszkania

.....
klasa

Dyrektor
II Liceum Ogólnokształcącego
im. Ziemi Kociewskiej
w Starogardzie Gdańskim

Proszę o wydanie duplikatu legitymacji szkolnej

.....
/ imiona i nazwisko /

ucznia klasy.....

z powodu

.....
/ wpisać powód /

.....
/ czytelny podpis /

9,00 zł

Bank Millennium 35 1160 2202 0000 0005 4902 0950