

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

.....
(miejscowość i data)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy)

Dyrektor
Szkoła Podstawowa
im. Mikołaja Kopernika w Lubawie
ul. Rzepnikowskiego 7
14-260 Lubawa

WNIOSEK O WYDANIE DUPLIKATU ŚWIADECTWA SZKOLNEGO

Zwracam się z prośbą o wydanie duplikatu świadectwa

.....
(ukończenia szkoły podstawowej, promocyjnego do klasy)

Przyczyna utraty oryginału świadectwa:

.....

Ww. świadectwo zostało wystawione dla

.....
(imię i nazwisko uczennicy/ucznia)

ur., w

Do szkoły uczęszczałam/em w latach od do

Szkołę ukończyłam/em w roku szkolnym /

Duplikat świadectwa:

- ☐ odbiorę osobiście, ☐ odbierze osoba upoważniona przeze mnie na piśmie,
☐ proszę wysłać na adres

.....
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu, numer mieszkania)

.....
(czytelny podpis)

.....
Akceptacja wydania duplikatu
(dyrektor)

Załączniki:

1. Dowód wpłaty

Duplikat świadectwa otrzymałam/em dnia,

.....
(czytelny podpis)

Wpłatę za duplikat świadectwa szkolnego –
26 zł (dwadzieścia sześć zł/szt.) należy dokonać na konto –

Szkoła Podstawowa im. Mikołaja Kopernika
14-260 Lubawa
ul. Rzepnikowskiego 7

Nr konta 08 8832 0001 1001 0000 0462 0001

Tytułem: duplikat świadectwa szkolnego- imię i nazwisko