Zał. nr 1

 Policzna, dn………………………

 Pani

 Jolanta Kalinowska

 Dyrektor

 Zespołu Placówek Oświatowych Policzna

**WNIOSEK O WYDANIE LEGITYMACJI SZKOLNEJ**

Proszę o wydanie legitymacji szkolnej dla ucznia/uczennicy klasy……………

Dane ucznia:

Imię i nazwisko …………………………………………

Data urodzenia…………………………………………..

PESEL…………………………………………………..

 …………………………………….

 (czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego )