...................................................... ................................................

(imiona i nazwiska rodziców /opiekunów prawnych) (miejscowość, data)

......................................................

(adres zamieszkania)

......................................................

......................................................

(telefon kontaktowy)

……………………………………………………….……

(adres e-mail)

 Dyrektor

 Szkoła Podstawowa w Przerośli

 ul. Dworna 5

 16-427 Przerośl

**Wniosek o anulowanie mLegitymacji**

Proszę o anulowanie mLegitymacji ucznia/uczennicy ………………………………………… klasy …………. wydanej w roku szkolnym 20....../20.......

Numer legitymacji w wersji papierowej ………………………………………………...……………………….

Oświadczam, że podstawą anulowania mLegitymacji jest:…………………………………………………...

.................................................................................

 (podpis rodzica/prawnego opiekuna)