Warszawa, dnia ……………………………………….

…………………………………………..

*imię i nazwisko*

…………………………………………..

…………………………………………..

*adres*

…………………………………………..

*telefon kontaktowy*

**Pani**

**Jolanta Lulkowska**

**Dyrektor**

**Szkoła Podstawowa nr 29**

**im. Giuseppe Garibaldiego**

**ul. Fabryczna 19**

**00-446 Warszawa**

Zwracam się z prośbą o wystawienie duplikatu legitymacji szkolnej dla ………………………………………………………………………………………………..… ucznia/uczennicy klasy………………… PESEL …………………………………………. Data urodzenia …………………………………………………………………… z powodu …………………………………………………………………………………………………..

W załączeniu zdjęcie oraz potwierdzenie opłaty za duplikat.

……………………………………………

*podpis*