# ZAŁĄCZNIK NR 2

(imię i nazwisko ucznia/rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia)

(adres zamieszkania)

Dyrekcja

Centrum Kształcenia Zawodowego

i Ustawicznego

w Dąbrowie Górniczej

WNIOSEK O ANULOWANIE mLEGITYMACJ1

Proszę o anulowanie mLegitymacji mojej/ dla mojej córki/syna/mojej/mojego podopiecznego\*

 (imię i nazwisko) (pesel)

uczennicy/ucznia klasy\* w roku szkolnym 20……

(klasa)

Posiadam/córka/syn/podopieczny \* posiada legitymację w wersji papierowej nr ………………….

Oświadczam, że podstawą anulowania jest

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

(podpis rodzica/opiekuna prawnego/ pełnoletniego