

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

Gdynia, dn. r.

.....
.....
(adres zamieszkania)

Dyrektor
II Liceum Ogólnokształcącego
z Oddziałami Dwujęzycznymi
im. Adama Mickiewicza
w Gdyni

Wniosek o anulowanie mLegitymacji

Proszę o anulowanie mLegitymacji dla mojego dziecka*

.....

(imiona i nazwisko)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(PESEL)

ucznia klasy w roku szkolnym 20...../20.....
(klasa)

Uczeń posiada legitymację nr

wydaną w dniu

(data)

Oświadczam, że podstawą anulowania mLegitymacji jest:

.....
.....
(uszkodzenie, niepoprawne działanie, utrata urządzenia mobilnego, inne)

.....
(podpis imię i nazwisko rodzica
/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia)*

* niepotrzebne skreślić