

.....
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego)

.....
(miejscowość i data)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy)

Dyrektor Szkoły Podstawowej
w Lewkowie im. Wojciecha Lipskiego

WNIOSEK O WYDANIE MLEGITYMACJI

1. **Ja niżej podpisany/a deklaruję chęć otrzymania mLegitymacji szkolnej syna/córki**
2. **Wyrażam zgodę na przetwarzanie poniższych danych osobowych.**

Imię (imiona) i nazwisko	
Klasa	
Data i miejsce urodzenia	
PESEL	
Adres zamieszkania	

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)