



KÖBÁNYAI
KADA MIHÁLY ÁLTALÁNOS ISKOLA
1103 Budapest Kada u. 27–29.
TEL/FAX: 262-0177
E-mail: kadasuli@gmail.com

Ikt. sz.:

KÉRELEM BIZONYÍTVÁNY MÁSODLAT KIÁLLÍTÁSÁHOZ

Kérelmező

Neve:

Születéskori neve:

Születési helye, ideje:

Anyja leánykori neve:

Lakcíme:

Melyik évben, melyik osztályban végzett:

Osztályfőnök neve:

A kérvény indoklása (elveszett, névváltozás stb.)

.....
.....

Megjegyzés:

.....

Dátum:

.....

kérelmező aláírása

A másodlatot kiállította:

Név: beosztás:

.....

aláírás

A Bizonyítvány másodlatot átvettem:

Dátum:

.....

aláírás