

..................................................................

(Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

.................................................................

(ulica)

.................................................................

(kod pocztowy)

AKCEPTACJA OSOBY ASYSTENTA ZE STRONY UCZESTNIKA PROGRAMU LUB OPIEKUNA PRAWNEGO /RODZICA DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Ja, ………………………………………………………………………………………………………………… rodzic/opiekun prawny\* uczestnika Programu (imię i nazwisko dziecka)…………………………………………………………………………………………………. akceptuję Panią/Pana ………………………………………………………………….…………jako osobę, która będzie świadczyła usługi asystenta w ramach ww. Programu.

......................................................

(podpis