

.....

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

.....  
(ulica)

.....  
(kod pocztowy)

**AKCEPTACJA OSOBY ASYSTENTA ZE STRONY RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO  
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 rodzica/opiekuna prawnego)

\*podkreślić jedną z opcji