



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

(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 opiekuna/rodzica)