



**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)

*właściwe podkreślić