…………………....................................

 (miejsce i data)

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

(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/ki Programu (imię i nazwisko dziecka) …………………………………………………………………………….…………… akceptuję Panią/Pana ……………………………………………………………….…….…………………………………………………………… jako osobę, która będzie świadczyła usługi asystenta w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2025, finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego.

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

(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

\*właściwe podkreślić