……………………………, ..................................

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

(Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

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

(ulica)

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

(miejscowość)

# **AKCEPTACJA OSOBY ASYSTENTA / OPIEKUNA 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 opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025.

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

(podpis rodzica/opiekuna prawnego)