

....., .....

.....  
(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 wychowawczej w ramach Programu „Opieka  
wychowawcza” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025.

.....

(podpis rodzica/opiekuna prawnego)