4.

Imię i nazwisko

……………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania

……………………………………………………………………………………………….

Oświadczenie

Ja, ………………………………………………………………………………… będący rodzicem/opiekunem prawnym …………………………….…………………………………, niniejszym oświadczam, że akceptuję Panią/Pana …………………………………………………..………………. do realizacji usług asystenckich względem mojego dziecka/podopiecznego.

|  |
| --- |
| Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego uczestnika Programu |