



.....

Imię i nazwisko dziecka

.....

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego

.....

Adres zamieszkania

## OŚWIADCZENIE RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”

dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025

Ja, ..... będąca/y 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