

.....
(miejscowość i data)

.....
imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego
Kandydata na Uczestnika Programu

.....
adres zamieszkania

Oświadczenie rodzica / opiekuna prawnego

Ja niżej podpisana/y akceptuję osobę asystenta tj. Panią,
która będzie świadczyła usługi asystencji osobistej na rzecz mojego dziecka

.....
(podpis osoby lub opiekuna prawnego)



**DOFINANSOWANO ZE ŚRODKÓW
PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU CELOWEGO
FUNDUSZ SOLIDARNOŚCIOWY**

„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”
DLA ORGANIZACJI POZARZĄDOWYCH - EDYCJA 2025