

**Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego − edycja 2024**

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

(Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

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

(ulica)

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

(kod pocztowy)

**AKCEPTACJA OSOBY ŚWIADCZĄCEJ USŁUGI „ OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ” ZE STRONY UCZESTNIKA PROGRAMU LUB OPIEKUNA PRAWNEGO /RODZICA DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

Ja, ………………………………………………………………………………………………………………… rodzic/opiekun prawny uczestnika Programu (imię i nazwisko dziecka)………………………………………………………………………………….. akceptuję Panią/Pana ………………………………………………………………….………………jako osobę, która będzie świadczyła usługi asystenta w ramach ww. Programu.

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

 Podpis rodzica/ opiekuna prawnego