



Kwidzyn, dnia

.....
imię i nazwisko uczestnika Programu (dziecka do 16 roku życia)

zam.

imię i nazwisko rodzica*/opiekuna prawnego*:

zam.

OŚWIADCZENIE

o akceptacji asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością dla dziecka do 16 roku życia
w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego - edycja 2025

Ja, będący rodzicem*/opiekunem prawnym*
(imię i nazwisko)

nieletniej/nieletniego
(imię i nazwisko)

niniejszym oświadczam, że **akceptuję** Panią/Pana
(imię i nazwisko)

do realizacji usług asystencji osobistej względem mojego dziecka*/podopiecznego*.

.....

Podpis rodzica/opiekuna prawnego

* niepotrzebne skreślić