



Radiówek, .....  
(data)

.....  
(Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

.....  
(ulica)

.....  
(kod pocztowy)

**AKCEPTACJA OSOBY ASYSTENTA ZE STRONY RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO  
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)

\*właściwe podkreślić