



Krotoszyn, dnia .....2024 r.

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego  
uczestnika Programu

Adres zamieszkania

### **AKCEPTACJA OSOBY ASYSTENTA ZE STRONY**

### **RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

Ja, ..... rodzic/opiekun prawny\* uczestnika Programu  
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja  
2024 (imię i nazwisko dziecka) ....., niniejszym oświadczam, że  
akceptuję Panią/Pana\* ..... jako osobę, która będzie  
świadczyła usługi asystencji osobistej w ramach ww. Programu.

---

Podpis rodzica/opiekuna prawnego  
uczestnika Programu