



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

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania rodzica / opiekuna prawnego

.....
Numer telefonu rodzica / opiekuna prawnego

AKCEPTACJA ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ*

Oświadczam, że akceptuję Pana/Panią
(Imię i nazwisko asystenta)

do pełnienia funkcji asystenta osobistego na rzecz mojego dziecka/podopiecznego

.....
(Imię i nazwisko dziecka z niepełnosprawnością – od 2 roku życia do 16 roku życia)

.....
(czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego)

* w przypadku sprawowania opieki prawnej nad dzieckiem z niepełnosprawnością – od 2 roku życia do 16 roku życia, należy załączyć kserokopię dokumentu potwierdzającego ustanowienie opieki prawnej