



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej

.....  
(pieczęć Stowarzyszenia)

Zamość, dnia .....

.....  
(Imię i Nazwisko Uczestnika Programu)

.....  
.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(telefon)

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jako rodzic/opiekun prawny dziecka do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności akceptuję osobę .....  
(Imię i Nazwisko wskazanego asystenta) jako asystenta osobistego mojego dziecka.

.....  
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)