

Zamość, dnia

.....

(imię i nazwisko uczestnika Programu)

.....

.....

(adres zamieszkania)

.....

(telefon)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jako rodzic/opiekun prawny dziecka w wieku od 2 do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności akceptuję

(imię i nazwisko wskazanego asystenta)

jako asystenta osobistego mojego dziecka.

.....

(podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)