

.....
Imię i Nazwisko

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

.....

AKCEPTACJA ASYSTENTA OSOBISTEGO DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Oświadczam, iż akceptuje Pana/Panią

.....
Imię i nazwisko asystenta osoby niepełnosprawnej, adres i numer telefonu

.....

do pełnienia funkcji asystenta osobistego na rzecz

.....
Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

.....
Podpis rodzica osoby niepełnosprawnej lub jej opiekuna prawnego