……………………………………….….… ………………………………………………

(imię i nazwisko opiekuna) (miejscowość, data)

………………………………………………

………………………………………………

(adres zamieszkania)

**Pisemna akceptacja rodzica/opiekuna prawnego dziecka
z niepełnosprawnością – Uczestnika Programu „Opieka Wytchnieniowa”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

Ja, niżej podpisana/podpisany, oświadczam, że akceptuję Panią ……………………….

……………………………………………………………, jako osobę świadczącą usługi opieki wytchnieniowej.

 …………………………………………..

 (imię i nazwisko opiekuna)