

Zakopane, dnia

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

.....
(adres zamieszkania)

34-500 Zakopane

**AKCEPTACJA OSOBY OPIEKUNA
ZE STRONY RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO***

Oświadczam, że akceptuję:

Pana/ią:

(imię i nazwisko kandydata na asystenta osobistego)

do pełnienia funkcji opiekuna osoby z niepełnosprawnością, w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla
Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, na rzecz mojego dziecka:

.....

(imię i nazwisko dziecka)

Jednocześnie wyrażam zgodę na przebywanie w/w sam na sam z moim dzieckiem oraz ich wspólne
przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania.

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

*nieodpowiednie skreślić