



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

Załącznik C do Regulaminu

Głogów,

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

.....
(ulica)

.....
(kod pocztowy)

**AKCEPTACJA OSOBY ASYSTENTA ZE STRONY RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO
DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

Ja, rodzic/opiekun prawny*
uczestnika Programu (imię i nazwisko dziecka).....
akceptuję Panią/Panajako osobę, która będzie świadczyła
usługi asystenta w ramach ww. Programu.

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

*podkreślić jedną z opcji