



.....
(Miejscowość i data)

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

.....
(Adres zamieszkania)

**AKCEPTACJA OSOBY ŚWIADCZĄCEJ USŁUGI OPIEKI WYTCHNINIOWEJ ZE
STRONY RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO DZIECKA Z
NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

Ja, rodzic/opiekun
prawny (imię i nazwisko dziecka).....
akceptuję Panią/Pana jako
osobę, która będzie świadczyła usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka
wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, finansowanego ze
środków Funduszu Solidarnościowego.

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