………………………………………………….

*imię i nazwisko uczestnika Programu*

…………………………………………………

*adres zamieszkania*

………………………………………………

*telefon kontaktowy*

**OŚWIADCZENIE**

**na potrzeby realizacji Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025.**

 **Znając potrzeby mojego dziecka akceptuję na asystenta osobistego Panią/Pana**

………………………………………………………………………..

*imię i nazwisko*

 ………………………………………………………………………..

 *adres zamieszkania*

………………………………………………………………………..

*numer kontaktowy, adres e-mail*

*Oświadczam, iż wskazana przeze mnie osoba jest przygotowana do pełnienia roli asystenta.*

………..…………………………………………………………..

 *podpis rodzica /opiekuna prawnego*