

.....
imię i nazwisko uczestnika Programu

.....
adres zamieszkania

.....
telefon kontaktowy

OŚWIADCZENIE

na potrzeby realizacji Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024.

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