

Załącznik Nr 6 do Regulaminu

Miejscowość, data

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

.....

.....
(Adres zamieszkania)

**AKCEPTACJA OSOBY OPIEKUNA ZE STRONY RODZICA / OPIEKUNA
PRAWNEGO DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

Ja, rodzic/opiekun
prawny* uczestnika Programu (imię i nazwisko dziecka).....

..... akceptuję Panią/Pana

.....jako osobę, która będzie
świadczyła Usługi opieki wychowawczej w ramach Programu.

.....
(podpis rodzica/opiekuna)

*właściwe podkreślić