



.....
Imię i nazwisko

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA DZIECKA
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ W WIEKU OD UKOŃCZENIA 2. ROKU
ŻYCIA DO UKOŃCZENIA 16. ROKU ŻYCIA**

Ja, niżej podpisany/a
Imię i nazwisko

wyrażam zgodę, aby Pan/Pani
Imię i nazwisko

świadczyl/a usługę opieki wytchnieniowej nad:

.....
Imię i nazwisko dziecka z niepełnosprawnością w wieku do ukończenia 16 roku życia

Tym samym potwierdzam, że Pan/i..... posiada kompetencje i umiejętności, które pozwolą na zapewnienie należytej opieki nad ww. dzieckiem z niepełnosprawnością.

.....
Podpis Uczestnika Programu