



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

Żabia Wola, dnia

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Oświadczenie

Ja, będący rodzicem/opiekunem
prawnym nieletniej/nieletniego, niniejszym
oświadczam, że akceptuję Panią/Pana
do realizacji usług asystenckich względem mojego dziecka/podopiecznego.

Podpis uczestnika Programu/opiekuna
prawnego uczestnika Programu