



Włoszczowa, 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 rodzica/opiekuna prawnego
uczestnika Programu