*Załącznik nr 4 do regulaminu rekrutacji i realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024*

Józefów, ..................................

 (data)

.........................................................................

(Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

.........................................................................

(ulica)

........................................................................

(kod pocztowy)

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

Ja, ………………………………………………………………………………………………… rodzic/opiekun prawny\* uczestnika Programu (imię i nazwisko dziecka) ……………………………………………………………………… akceptuję Panią/Pana ………………………………………………………………….…………jako osobę, która będzie świadczyła usługi asystenta w ramach ww. Programu.

......................................................

 (podpis rodzica/opiekuna prawnego)

\*właściwe podkreślić