*Załącznik C do Regulaminu*

Warszawa, ..................................

(data)

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

(Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

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

(ulica)

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

(kod pocztowy)

**AKCEPTACJA OSOBY ASYSTENTA 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)

\*podkreślić jedną z opcji