Tomaszów Lubelski, dnia ………………………….

……………………………………

(Imię i Nazwisko Uczestnika Programu)

…………………………………….

…………………………………….

(adres zamieszkania)

……………………………………

(telefon)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że jako rodzic/opiekun prawny dziecka do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności akceptuję osobę

……………………………………………………………………………

(Imię i Nazwisko wskazanego asystenta)

jako asystenta osobistego mojego dziecka.

..…………………………………………………………………….

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)