

.....
Imię i Nazwisko.....
Miejscowość, data.....
Adres zamieszkania.....
Numer telefonu**AKCEPTACJA OSOBY, KTÓRA MA ŚWIADCZYĆ USŁUGĘ OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ
ZE STRONY RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

Oświadczam, iż akceptuję Pana/Panią

.....
Imię i nazwisko osoby wskazanej do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej

do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej na rzecz:

.....
Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością.....
**Podpis rodzica osoby z
niepełnosprawnością lub jej
opiekuna prawnego**