**Oświadczenie**

**na potrzeby realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2025**

 Znając potrzeby mojego dziecka akceptuję na asystenta osobistego Panią/Pana ………………………………………….

Data: Imię i nazwisko wypełniającego: