**Oświadczenie**

**na potrzeby realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2024**

 Znając potrzeby mojego dziecka akceptuję na asystenta osobistego Panią/Pana

………………………………………………………………….

Data: Imię i nazwisko wypełniającego: