**………………………………………………………………………………. ……………………………………………**

**Imię i Nazwisko rodzica dziecka niepełnosprawnego miejscowość i data**

**……………………………………………………..**

**adres**

**AKCEPTACJA**

**Ja, niżej podpisany, rodzic/opiekun prawny dziecka do 16.roku życia**

**…………………………………………………………………………**

 **(imię i nazwisko dziecka)**

**akceptuję Panią/Pana ………………………………………………………………………… jako osobistego asystenta.**

 **(imię i nazwisko asystenta)**

**………………………………………………………………….**

(podpis rodzica/opiekuna prawnego dziecka)