



.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania rodzica/opiekuna prawnego

.....
Numer telefonu rodzica/opiekuna prawnego

AKCEPTACJA OPIEKUNA WYTCHNINIOWEGO OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ*

Oświadczam, że akceptuję Pana/Panią

.....,

(Imię i nazwisko opiekuna wytchnieniowego)

do pełnienia funkcji Opiekuna Wytchnieniowego na rzecz mojego dziecka/podopiecznego

.....

(Imię i nazwisko dziecka z niepełnosprawnością – do 16 roku życia)

.....

(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

*w przypadku sprawowania opieki prawnej nad dzieckiem z niepełnosprawnością – do 16 roku życia, należy załączyć kserokopię dokumentu potwierdzającego ustanowienie opieki prawnej