

Świebodzice, ...

.....

.....

.....

(dane rodzica/opiekuna prawnego uczestnika)

Akceptacja

ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej

Ja

- rodzic/opiekun prawny uczestnika Programu (imię i nazwisko małoletniego)

.....
akceptuję Panią/Pana

jako osobę, która będzie świadczyła usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, współfinansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego.

.....

(podpis rodzica/opiekuna prawnego)



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

**Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego
otrzymanych od Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej**