

.....
Imię i Nazwisko

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

.....

AKCEPTACJA OSOBY

Oświadczam, iż akceptuje Pana/Panią

.....
Imię i nazwisko, adres i numer telefonu

.....

do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej na rzecz

.....
Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

.....
Podpis rodzica / opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością