

Załącznik nr 6 do Karty Zgłoszenia do Programu

OŚWIADCZENIE

**o akceptacji osoby wskazanej do świadczenia usług opieki wytchnieniowej
dla małoletniego od ukończenia 2 roku życia do 18 roku życia w ramach Programu „Opieka
wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026**

Ja, będący rodzicem*/
(imię i nazwisko)

opiekunem prawnym* małoletniej/ego.....
(imię i nazwisko)

niniejszym oświadczam, że akceptuję Panią/Pana
(imię i nazwisko)

do realizacji usług opieki wytchnieniowej względem mojego dziecka/podopiecznego.

.....
Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego

* niepotrzebne skreślić