Lipsko, dnia ………………………

……………………………………………

(nazwisko i imię rodzica/opiekuna prawnego )

……………………………………………

(adres zamieszkania)

**Oświadczenie**

[ ]  Nie wybieram asystenta

[ ]  Wybieram asystenta

Akceptuję Panią/-na ……………………………………………………………
 *(imię i nazwisko asystenta)*

na asystenta, który będzie świadczył usługi asystencji osobistej

na rzecz …………………………………………………………………
 *(imię i nazwisko dziecka do 16 r.ż. z orzeczoną niepełnosprawnością)*

……………………………………………………………….

 *(data i podpis uczestnika rodzica/opiekuna prawnego)*