



Karta zgłoszenia PCPR.VI.3022.401.1 2024

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

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania rodzica / opiekuna prawnego

.....
Numer telefonu rodzica / opiekuna prawnego

**AKCEPTACJA OPIEKUNA WYTCNIENIOWEGO 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