

Załącznik 4 do Regulaminu udziału  
w Programie Ministra Rodziny  
i Polityki Społecznej „Opieka  
wytchnieniowa” dla Jednostek  
Samorządu Terytorialnego –  
edycja 2025

..... r.  
*miejsowość, data*

.....  
*imię i nazwisko opiekuna prawnego/opiekuna ustawowego*

.....

.....  
*adres zamieszkania*

**Pisemna akceptacja rodzica/opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością  
Uczestnika Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu  
Terytorialnego – edycja 2025**

**Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że akceptuję Panią/Pana**

.....  
jako osobę świadczącą usługi opieki wytchnieniowej

.....  
*podpis opiekuna prawnego/opiekuna ustawowego*