



Załącznik Nr 4
do Zarządzenia Nr 72.2026
Dyrektora MOPS
z dnia 24.09.2026 r.

Oświadczenie

Instrukcja wypełniania

Wypełnij formularz.

1. W przypadku pisma odręcznego – wypełnij WIELKIMI LITERAMI wyraźnym pismem
 2. Wypełnij puste pola oznaczone linią
 3. W tabeli wpisz dane w kolumnie po prawej stronie
 4. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
-

Miejscowość, data:	
Imię i nazwisko opiekuna prawnego:	

Ja niżej podpisany/podpisana, będąc opiekunem prawnym (wpisz imię i nazwisko osoby
pozostającej pod opieką) _____

wyrażam zgodę na samodzielne przychodzenie i/lub wracanie mojego dziecka na zajęcia
terapeutyczne / z zajęć terapeutycznych prowadzonych przez specjalistów w Centrum Pomocy
Dziecku Niepełnosprawnemu i Jego Rodzinie w Częstochowie i ponoszę za to pełną
odpowiedzialność.

Wyrażam także zgodę na potwierdzenie wykonania specjalistycznych usług opiekuńczych
na karcie zabiegowej wyłącznie przez fizjoterapeutę.

Czytelny podpis opiekuna prawnego:
