

.....
Miejscowość , data

.....
Imię i Nazwisko Podopiecznego

.....
Imię i Nazwisko Rodzica/Opiekuna prawnego

.....
Adres

.....
Adres

OŚWIADCZENIE

Oświadczam , że nasza sytuacja materialna nie pozwala na samodzielne sfinansowanie leczenia i rehabilitacji Podopiecznego lub innych związanych z nim wydatków.

.....
Czytelny podpis

Podopiecznego/Rodzica /Opiekuna prawnego