

.....  
Miejscowość, data

.....  
*Imię i Nazwisko Podopiecznego/Rodzica lub innego opiekuna prawnego*

.....  
*Adres*

.....  
*Adres cd.*

## 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  
lub innego opiekuna prawnego