

VOLLMACHT

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir

1.....
(Name der Personensorgeberechtigten)

2.....
(Name des Personensorgeberechtigten)

wohnhaft

in.....
(Adresse)

als Personensorgeberechtigte des Kindes / der Kinder

..... geb. am
(Name)

..... geb. am
(Name)

..... geb. am
(Name)

Herrn/Frau
(Name der Tagespflegeperson)

wohnhaft in

.....
(Adresse)

In Eilfällen eine ärztliche Behandlung bzw. sämtliche im wohlverstandenen Interesse des Kindes / der Kinder erforderlichen Handlungen zu veranlassen oder vorzunehmen.

Ort, Datum

.....
(Unterschrift der Personensorgeberechtigten zu 1)

.....
(Unterschrift des Personensorgeberechtigten zu 2)

Anschrift des Arztes:.....
.....
.....

Anschrift des Zahnarztes:.....
.....
.....

Anschrift des Krankenhauses:.....
.....
.....

Allergien des Tageskindes:.....
.....
.....
.....

Sind die Eltern / Sorgeberechtigten nicht erreichbar, sollen folgende Personen informiert werden:

.....
.....
.....