

Vollmacht für Arztbesuche

Die Tagesmutter

Herr / Frau: _____

wohnhaft in: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

erhält hiermit von dem / den Sorgeberechtigten

Herr / Frau: _____

wohnhaft in: _____

Straße: _____

Plz, Ort: _____

die Vollmacht in Notfällen während der Betreuungszeit eine ärztliche Behandlung des Kindes

Name des Kindes: _____

geboren am: _____

einzuleiten.

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: _____