

Vollmacht für Arztbesuche

Die Tagespflegeperson

--

wohnhaft in:

--

erhält hiermit von dem/der Sorgeberechtigten

--

wohnhaft in :

--

die Vollmacht,

in Notfällen während der Betreuungszeit eine notwendige ärztliche Behandlung **des (r) Kindes (r):**

	geb. am:	
	geb. am	
	geb. am	

einzuleiten.

X

Ort, Datum

X

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

X

Unterschrift Tagespflegeperson