



Vollmacht für den medizinischen Notfall

(mitzutragen bei allen Aktivitäten außerhalb des Hauses)

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir

Name, Vorname der Personensorgeberechtigten

Straße, Hausnummer PLZ / Wohnort

Telefon mobil E-Mail

nachfolgend genannte Kindertagespflegeperson

Name, Vorname der Kindertagespflegeperson

Straße, Hausnummer PLZ / Wohnort

Telefon mobil E-Mail

meine/n, unsere/n Tochter/ Sohn

Name, Vorname geb. am

Name, Vorname geb. am

in Eil- bzw. Notfällen einen Arzt/eine Ärztin, welche im Folgenden benannt sind, oder ein Krankenhaus aufzusuchen.

Name, Anschrift des behandelnden Kinder- oder Hausarztes

Name, Anschrift des behandelnden Zahnarztes

Eine Kopie der Krankenversichertenkarte und des Impfausweises liegen der Kindertagespflegeperson vor.

Datum (Unterschrift der Personenberechtigten)