



VOLLMACHT

Hiermit bevollmächtigt ich / bevollmächtigen wir

(Name und Anschrift des/der Sorgeberechtigten)

Frau

(Name der Kindertagespflegeperson)

In medizinischen Notfällen, für unser Kind

(Name des Kindes)

geb.

(Geburtsdatum Kind)

Unverzüglich eine ärztliche Versorgung zu veranlassen. Sollte der Hausarzt

(Name, Rufnummer des Hausarztes)

aufgrund der Gesamtumstände nicht erreichbar sein, muss ein Notarzt gerufen werden.

Unser Kind ist bei der

krankenversichert.

(Krankenversicherung)

Wir willigen ein, dass unser Kind von Frau

(Name der Kindertagespflegeperson)

mit deren PKW befördert wird: JA NEIN

Die Beförderung darf ausschließlich im geeigneten Kindersitz erfolgen.

Wichtige medizinischen Informationen zum Kind sind umseitig aufgeführt.

Heyen, den _____

Sorgeberechtigte(r) *1

*1 soweit nicht alleiniges Sorgerecht besteht, ist die Unterschrift beider Erziehungsberechtigten erforderlich



Wichtige Informationen:

Das Kind hat folgenden Allergien / Unverträglichkeiten / chronische Erkrankungen

Das Kind ist altersgerecht geimpft

Wichtige Ansprechpartner im Notfall (Kontaktdaten):
