

Vollmacht

Anlage 4

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir

Name des/der Sorgeberechtigten	
Vorname	
Anschrift (Straße,Haus-Nr., PLZ, Ort)	
Telefon	

als Sorgeberechtigte/r des Kindes

Name	
Vorname	
geb. am	

die Tagespflegeperson

Name	
Vorname	
Anschrift (Straße,Haus-Nr., PLZ, Ort)	

bei einem ärztlichen Behandlungserfordernis einen Arzt oder ein Krankenhaus aufzusuchen.

Jeweils in Kopie sind Krankenversicherungskarte sowie Impfausweise des Kindes bei der Kindertagespflegeperson hinterlegt.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

Das o. g. Kind befindet sich bei folgenden Ärzten in Behandlung:

Hausarzt:

Name	
Anschrift (Straße,Haus-Nr., PLZ, Ort)	
Telefon	

Zahnarzt:

Name	
Anschrift (Straße,Haus-Nr., PLZ, Ort)	
Telefon	

Krankenkasse:

Name	
Anschrift (Straße,Haus-Nr., PLZ, Ort)	
Versichertennummer	

Ausfertigungen: 1 Exemplar Eltern
1 Exemplar Tagespflegeperson