

Anlage 1

Vollmacht für Arztbesuche

Die Tagespflegeperson

Frau Mirjam Kapfinger
Birkenweg 1, 83080 Oberaudorf, Deutschland
Telefon: +49 (0) 178 78 78 807

erhält hiermit von der / dem Sorgeberechtigten

Frau / Herr _____

Straße / PLZ Ort _____

z.Zt. _____

Telefon _____

die Vollmacht, in Notfällen und bei Nichterreichen der Eltern eine ärztliche
Behandlung für das Kind

Name, Vorname: _____ geb.

einzuweisen.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/-r

Ort, Datum

Unterschrift Tagespflegeperson