

## Vollmacht zur ärztlichen Behandlung

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir

(Name der Mutter/ des Vaters, Adresse)

als Personensorgeberechtigte/r des Kindes

(Name, Geburtstag)

die Tagespflegeperson

(Name, Adresse)

eine notwendige ärztliche Betreuung des Kindes zu veranlassen.

Hausarzt des Kindes

Krankenversicherung des Kindes

- Das Kind hat keine Allergien
- Das Kind hat folgende Allergien:

Ort, Datum

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten