# Vollmacht

Tagesmutti Heike

*Hiermit bevollmächtige/n ich/wir

_____
*(Name des/r Sorgeberechtigten)

wohnhaft in_____
(Adresse)

_____

als *Sorgeberechtigte/r des Kindes_____
(Name)

geb.am_____

*~~Herrn~~/Frau ____**Heike Pohl**_____
(Name der Tagespflegeperson)

wohnhaft in **_Abteistrasse 1 , 04552 Borna**_____
(Adresse)

_____

in Eilfällen eine ärztliche Behandlung des Kindes zu veranlassen.

Das Kind ist krankenversichert über den Sorgeberechtigten: _____
Name

Krankenkasse: _____ Vers.Nr.: _____

_____ ,den _____
(Ort) (Datum)

_____
*(Unterschrift des/r Sorgeberechtigten)

*Nichtzutreffendes streichen