

V O L L M A C H T

Hiermit bevollmächtige und beauftrage ich die Kindertagespflegeperson

Name der Kindertagespflegeperson

in medizinischen Notfällen meines Kindes _____,
geb. am _____ betreffend, unverzüglich eine ärztliche Versorgung zu
veranlassen.

Sollte der Hausarzt / Kinderarzt

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

Mein Kind ist bei der _____ krankenversichert.

Hiermit willige ich ein, dass mein Kind von Frau/Herrn _____
in deren PKW befördert wird. ja nein

Hiermit willige ich ein, dass mein Kind an Ausflügen mit Frau/Herrn _____
teilnehmen darf. ja nein

Ausflüge könnten sein (z.B. zum Bauernhof, zum Tierpark, umliegende Orte, Parks,
Abenteuer-/Spielplätze, Wochenmarkt)

Die Beförderung im PKW darf ausschließlich in einem geeigneten Kindersitz erfolgen.

Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Wichtige Informationen:

Mein Kind hat folgende Allergien/Unverträglichkeiten/chronische Erkrankungen

Wichtige Ansprechpartner im Notfall (Kontaktdaten)

Mein Kind ist altersgerecht geimpft ja nein