



**Vollmacht für den medizinischen Notfall**  
(mitzutragen bei allen Aktivitäten außerhalb des Hauses)

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname der Personensorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer PLZ / Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon mobil E-Mail

nachfolgend genannte Kindertagespflegeperson

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname der Kindertagespflegeperson

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer PLZ / Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon mobil E-Mail

meine/n, unsere/n Tochter/ Sohn

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname geb. am

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname geb. am

in Eil- bzw. Notfällen einen Arzt/eine Ärztin, welche im Folgenden benannt sind, oder ein Krankenhaus aufzusuchen.

\_\_\_\_\_  
Name, Anschrift des behandelnden Kinder- oder Hausarztes

\_\_\_\_\_  
Name, Anschrift des behandelnden Zahnarztes

Eine Kopie der Krankenversichertenkarte und des Impfausweises liegen der Kindertagespflegeperson vor.

\_\_\_\_\_  
Datum (Unterschrift der Personenberechtigten)