Vollmacht TPP/Arzt

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir

……..
(Name der/s Sorgeberechtigten)

wohnhaft ……..
(Adresse)

……..

als Sorgeberechtigte/r des Kindes …… ……
der Kinder Name geb. am

Name: ……geb. am ……...

Name: ……geb. am ……...

Frau / Herrn ……..
(Name der Tagespflegeperson)

wohnhaft in
……..
(Adresse)

wenn es erforderlich sein sollte oder in Notfällen, eine ärztliche Behandlung bzw. Notfallbehandlung des Kindes zu veranlassen.

…….. …….
(Wohnort) (Datum)

……..
Unterschrift der/s Sorgeberechtigten)

Anschrift des Arztes: ……

……

Anschrift des Zahnarztes: ……

……

Sind die Sorgeberechtigten nicht erreichbar, sollen folgende Personen informiert werden: