



## Vollmacht

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir

Name des/r  
Sorgeberechtigten \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Kindes  
Name \_\_\_\_\_

geboren  
am \_\_\_\_\_

die Spielgruppenleiterinnen **Natalie Eichner und Valentina Retser** in Notfällen eine ärztliche Behandlung des Kindes zu veranlassen.

Ort \_\_\_\_\_ und Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des/r  
Sorgeberechtigten \_\_\_\_\_

Unterschrift der Spielgruppenleiterinnen

Fr. Eichner \_\_\_\_\_

Fr. Retser \_\_\_\_\_