

## Kinderferienbetreuung Vollmacht ärztlicher Notfall

Hiermit bevollmächtigen wir:

Personenberechtigte 1

Personenberechtigte 2

Vorname: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

wohnhaft: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**als Personensorgeberechtigte des Kindes:**

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum / -ort: \_\_\_\_\_

**die Betreuungspersonen der Katholische Arbeitsgemeinschaft für Soldatenbetreuung e.V. (KAS), im Notfall, während der Kinderferienbetreuung, wenn Eile geboten ist oder die Personensorgeberechtigten nicht erreichbar sind, eine medizinische Behandlung des Kindes zu veranlassen.**

Unterschrift Personensorgeberechtigte 1

Ort, Datum

Unterschrift Personensorgeberechtigte 2