



Kindertagespflege im Landkreis Potsdam-Mittelmark

Ermächtigung des/der Personensorgeberechtigten

Hiermit ermächtige(n) ich/wir _____
(Name des/der Personensorgeberechtigten)

die Kindertagespflegeperson _____
(Name der Kindertagespflegeperson)

in der Kindertagespflegestelle _____
(Anschrift der Kindertagespflegestelle)

Meinem/ unserem Kind _____
(Name des Kindes)

die auf Seite 1 genannten Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten

Als Kindertagespflegeperson stimme ich der gemeinsamen Festlegung zu.

Ort, Datum

Unterschrift der Kindertagespflegeperson