

Märkische Kita und Schule gGmbH	Vollmachten	Geltungsbereich: Kitas+Schule Berlin
		Überarbeitung: 08.16/ QMB
		Freigabe: 08.16/ GL
		Seite 1 von 1

Hiermit erteile(n) ich/ wir, _____ ,
(Name des(r) Sorgeberechtigten)
der Kita/ Schule unseres/ meines Kindes, _____
(Name des Kindes)
geboren am _____ , folgende Vollmachten:

1. Bei Nichterreichen der Eltern kann unser/ mein Kind im Krankheitsfall oder nach Ende der
Öffnungszeit bei:

Adresse: _____

abgegeben werden.

Ist dies *nicht* möglich, wird unser/ mein Kind zum Kindernotdienst, Gitschiner Str. 49 in 10969
Berlin gebracht.

2. Unser/ mein Kind soll im Notfall einem Arzt vorgestellt werden.
☐ ja ☐ nein
3. Bei unserem/ meinem Kind darf Fieber gemessen werden.
☐ ja ☐ nein
4. Unser/ mein Kind darf öffentliche Verkehrsmittel (unter Aufsicht) benutzen.
☐ ja ☐ nein
5. Unser/ mein Kind darf bei warmem Wetter in der Einrichtung baden oder duschen.
Wir verpflichten uns, die Einrichtung (z.B. im Krankheitsfall) zu informieren, wenn
diesbezüglich eine Änderung eintritt.
☐ ja ☐ nein
6. Wir/ ich wurde(n) auf Gefahren hingewiesen, die von Kordeln und Schnüren an der
Kinderbekleidung ausgehen können.
☐ ja ☐ nein
7. Wir/ ich wurde(n) zum Infektionsschutzgesetz §34 Absatz 5 Satz 2 belehrt.
☐ ja ☐ nein
8. Von der Hausordnung habe(n) wir/ ich Kenntnis.
☐ ja ☐ nein

Datum/ Unterschrift der(s) Erziehungsberechtigten:

Name	Datum/ Unterschrift
Name	Datum/ Unterschrift
Name	Datum/ Unterschrift
Name	Datum/ Unterschrift
Name	Datum/ Unterschrift
Name	Datum/ Unterschrift
Name	Datum/ Unterschrift