



dreieins

Grundschule Berlin-Kaulsdorf

Dauervollmacht

Schülerin/Schüler: _____

Geburtsdatum: _____

Vollmachtgeber/in: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Bevollmächtigte/r: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift/Kontakt: _____

Bevollmächtigte/r: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift/Kontakt: _____

Bevollmächtigte/r: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift/Kontakt: _____

Die o.g. Person/en ist/sind berechtigt mein Kind abzuholen. Die Vollmacht gilt bis auf Widerruf und bedarf der Schriftform.

(Ort, Datum)

(Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten)