Vollmacht

Angabe zu dem/der **Personensorgeberechtigten** (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name, Vorname:	Name, Vorname:
Anschrift:	Anschrift (falls abweichend):

Hiermit erteile(n) ich/wir

Name der Kindertageseinrichtung: _____

Anschrift der Kindertageseinrichtung: _____

E-Mail der Kindertageseinrichtung: _____

Ansprechpartner*in: _____ Telefon: _____

Name des Trägers: _____

Anschrift des Trägers: _____

E-Mail des Trägers: _____

Ansprechpartner*in: _____ Telefon: _____

der oben genannten Kindertageseinrichtung sowie dem Träger der Kindertageseinrichtung die **Vollmacht zur Antragsstellung** für die Gewährung von Leistungen zur Förderung von Kindern mit (drohender) Behinderung in inklusiven Kindertageseinrichtungen beim

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)
Dezernat Jugend und Schule
Soziale Teilhabe für Kinder und Jugendliche
Warendorfer Straße 25
48145 Münster

für das **Kind**

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

_____

Datum, Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten: