

# Anmeldeformular Sommerbetreuung 2026

## KITA

(per Post an Marktgemeinde Lurnfeld, per mail an: [julia.mohl@ktn.gde.at](mailto:julia.mohl@ktn.gde.at) oder per Fax: 2211-10)

### Öffnungszeiten von 7.00 Uhr – 17.00 Uhr

Woche <b>13.07. – 17.07.</b>	Halbtagsbetreuung (bis 13.00 Uhr) <input type="checkbox"/>	Halbtagsbetreuung mit Essen (bis 13.00 Uhr) <input type="checkbox"/>	Ganztagsbetreuung (bis 17.00 Uhr) <input type="checkbox"/>
Woche <b>20.07. – 24.07.</b>	Halbtagsbetreuung (bis 13.00 Uhr) <input type="checkbox"/>	Halbtagsbetreuung mit Essen (bis 13.00 Uhr) <input type="checkbox"/>	Ganztagsbetreuung (bis 17.00 Uhr) <input type="checkbox"/>
Woche <b>27.07. – 31.07.</b>	Halbtagsbetreuung (bis 13.00 Uhr) <input type="checkbox"/>	Halbtagsbetreuung mit Essen (bis 13.00 Uhr) <input type="checkbox"/>	Ganztagsbetreuung (bis 17.00 Uhr) <input type="checkbox"/>
Woche <b>03.08. – 07.08.</b>	Halbtagsbetreuung (bis 13.00 Uhr) <input type="checkbox"/>	Halbtagsbetreuung mit Essen (bis 13.00 Uhr) <input type="checkbox"/>	Ganztagsbetreuung (bis 17.00 Uhr) <input type="checkbox"/>
Woche <b>10.08. – 14.08.</b>	Halbtagsbetreuung (bis 13.00 Uhr) <input type="checkbox"/>	Halbtagsbetreuung mit Essen (bis 13.00 Uhr) <input type="checkbox"/>	Ganztagsbetreuung (bis 17.00 Uhr) <input type="checkbox"/>
Woche <b>17.08. – 21.08.</b>	Halbtagsbetreuung (bis 13.00 Uhr) <input type="checkbox"/>	Halbtagsbetreuung mit Essen (bis 13.00 Uhr) <input type="checkbox"/>	Ganztagsbetreuung (bis 17.00 Uhr) <input type="checkbox"/>
Woche <b>24.08. – 28.08.</b>	Halbtagsbetreuung (bis 13.00 Uhr) <input type="checkbox"/>	Halbtagsbetreuung mit Essen (bis 13.00 Uhr) <input type="checkbox"/>	Ganztagsbetreuung (bis 17.00 Uhr) <input type="checkbox"/>

**Woche 31.08. – 04.09. GESCHLOSSEN**

**Woche 07.09. – 11.09. GESCHLOSSEN**

***Etwaige Änderungen des Betreuungsbedarfes müssen bis Ende Juni gemeldet werden.***

#### Angaben zum Kind

Familienname: \_\_\_\_\_

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

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind ein Integrationsgutachten?  Ja  Nein

Besonderheiten, auf die wir achten sollten?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Allergien, Krankheiten oder Ähnliches?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Abgabe von Kaliumjodid-Tabletten  
(bei radioaktiver Verstrahlung)

Ja

Nein

#### Erziehungsberechtigte:

Familienname: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_