

Anmeldeformular Sommerbetreuung 2026

KITA

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

Öffnungszeiten von 7.00 Uhr – 17.00 Uhr

Woche 13.07. – 17.07.	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 20.07. – 24.07.	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 27.07. – 31.07.	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 03.08. – 07.08.	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 10.08. – 14.08.	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 17.08. – 21.08.	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 24.08. – 28.08.	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: _____