

Anmeldeformular Sommerbetreuung 2025

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 07.07. – 11.07.	Halbtagsbetreuung (bis 13.00 Uhr) <input type="checkbox"/>	Halbtagsbetreuung mit Essen (bis 13.30 Uhr) <input type="checkbox"/>	Ganztagsbetreuung (bis 17.00 Uhr) <input type="checkbox"/>
Woche 14.07. – 18.07.	Halbtagsbetreuung (bis 13.00 Uhr) <input type="checkbox"/>	Halbtagsbetreuung mit Essen (bis 13.30 Uhr) <input type="checkbox"/>	Ganztagsbetreuung (bis 17.00 Uhr) <input type="checkbox"/>
Woche 21.07. – 25.07.	Halbtagsbetreuung (bis 13.00 Uhr) <input type="checkbox"/>	Halbtagsbetreuung mit Essen (bis 13.30 Uhr) <input type="checkbox"/>	Ganztagsbetreuung (bis 17.00 Uhr) <input type="checkbox"/>
Woche 28.07. – 01.08.	Halbtagsbetreuung (bis 13.00 Uhr) <input type="checkbox"/>	Halbtagsbetreuung mit Essen (bis 13.30 Uhr) <input type="checkbox"/>	Ganztagsbetreuung (bis 17.00 Uhr) <input type="checkbox"/>
Woche 04.08. – 08.08.	Halbtagsbetreuung (bis 13.00 Uhr) <input type="checkbox"/>	Halbtagsbetreuung mit Essen (bis 13.30 Uhr) <input type="checkbox"/>	Ganztagsbetreuung (bis 17.00 Uhr) <input type="checkbox"/>
Woche 11.08. – 15.08.	Halbtagsbetreuung (bis 13.00 Uhr) <input type="checkbox"/>	Halbtagsbetreuung mit Essen (bis 13.30 Uhr) <input type="checkbox"/>	Ganztagsbetreuung (bis 17.00 Uhr) <input type="checkbox"/>
Woche 18.08. – 22.08.	Halbtagsbetreuung (bis 13.00 Uhr) <input type="checkbox"/>	Halbtagsbetreuung mit Essen (bis 13.30 Uhr) <input type="checkbox"/>	Ganztagsbetreuung (bis 17.00 Uhr) <input type="checkbox"/>

Woche 25.08. – 29.08. GESCHLOSSEN

Woche 01.09. – 05.09. 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

Mutter:

Vater:

Familienname: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Tel.-Nr.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____