

# Anmeldeformular Sommerbetreuung 2025

## 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>07.07. – 11.07.</b>	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 <b>14.07. – 18.07.</b>	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 <b>21.07. – 25.07.</b>	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 <b>28.07. – 01.08.</b>	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 <b>04.08. – 08.08.</b>	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 <b>11.08. – 15.08.</b>	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 <b>18.08. – 22.08.</b>	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: \_\_\_\_\_