



Eltern Kind Zentrum
Familientreff

Das EKIZ Familientreff,
Sebastian Frisch Str. 15, 6322 Kirchbichl, Tel. 05332/81463
veranstaltet die

Spiel-mit-mir-Wochen in Kirchbichl 2023

Anmeldung

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Informationsblatt.

Eltern/Erziehungsberechtigte:

Name:	
Straße:	
Wohnort:	
Telefonnr. tagsüber erreichbar:	privat:
Mailadresse:	

Kind/Kinder:	1. Kind	2. Kind	3. Kind
Name:			
Vorname:			
Geburtsdatum:			
ganztags 07.15 - 15.45 Uhr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
halbtags 07.15 - 12.45 Uhr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. bis 21. Juli	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. bis 28. Juli	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Juli bis 04. August	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
07. bis 11. August	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. bis 18. August	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. bis 25. August	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gewünschte Betreuung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

mein(e) Kind(er) ist (sind) durch Unfall- und Haftpflicht versichert O ja O nein

mein(e) Kind(er) darf (dürfen) alleine nach Hause gehen O ja O nein

mein(e) Kind(er) hat (haben) chronische Beschwerden (Allergien) O ja O nein

wenn ja, welche: _____

für entsprechende Medikamente ist gesorgt O ja O nein

Ich erteile die Erlaubnis, dass Fotoaufnahmen von meinem/n Kind/ern

im Rahmen der Sommerbetreuung veröffentlicht werden dürfen. O ja O nein

Datum

Unterschrift (der/s Erziehungsberechtigten)

Hiermit bestätige ich die Weitergabe der Daten an das Land Tirol Abt. Arbeit und Gesellschaft.

Bankverbindung: Sparkasse, BIC: SPKUAT22XXX, Iban: AT51 2050 6077 00085900