



Eltern Kind Zentrum
Familientreff

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

Spiel-mit-mir-Wochen in Kirchbichl 2024

Anmeldung

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Informationsblatt.

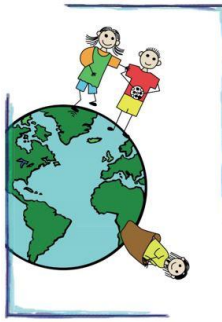
Eltern/Erziehungsberechtigte:

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

Kind/Kinder:	1. Kind	2. Kind	3. Kind
Name:			
Vorname:			
Geburtsdatum:			
ganztags 07.00 - 15.00 Uhr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halbtags ohne Mittagstisch 07.00 - 12.30 Uhr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
halbtags mit Mittagstisch 07.00 - 13.00 Uhr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. bis 26. Juli	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. bis 02. August	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05. bis 09. August	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. bis 16. August	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. bis 23. August	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. bis 30. August	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gewünschte Betreuung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Hiermit bestätige ich die Weitergabe der Daten an das Land Tirol Abt. Arbeit und Gesellschaft.
Bankverbindung: Sparkasse, BIC: SPKUAT22XXX, Iban: AT51 2050 6077 00085900



Eltern Kind Zentrum
Familientreff

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

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

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

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

wenn ja, welche: _____
für entsprechende Medikamente ist gesorgt ja nein

Ich erteile die Erlaubnis, dass Fotoaufnahmen von meinem/n Kind/ern
im Rahmen der Sommerbetreuung veröffentlicht werden dürfen. ja 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