

Dr. Philip Streit e.U

Klinischer und Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut (SF)
FN 298916 h, UID: ATU28075301; Landesgericht für ZRS Graz
Mail: ikjf@ikjf.at, Web: www.ikjf.at

ZENTRALE:

Moserhofgasse 42, 8010 Graz; Tel. 0699/16 03 0001

ZWEIGSTELLEN:

Adolf-Kolping-Gasse 1-3, 8010 Graz; Tel. 0699/16 03 0002
Anton-Regner-Straße 1, 8720 Knittelfeld; Tel. 0699/16 03 0014
Admonter Straße 13, 8940 Liezen; Tel. 0699/16 03 0017
Schönaich 51, 8521 Wettmannstätten; Tel. 03185/33 11
Roseggerstraße 24/I, 8600 Bruck; Tel. 0699/16030014
Walter-Goldschmidt-Gasse 25, 8042 Graz (IPPM)

**Sommertherapieprogramm 2024 – Anmeldung & Einverständniserklärung
für die Motto-Woche von _____ bis _____ 2024**

Liebe Eltern!

Die folgenden Angaben ihres Kindes benötigen wir, um die Betreuung zu übernehmen:

Name (Kind): **Adresse:**

.....

..... **Geburtsdatum:**

Name und Telefonnummer der Erziehungsberechtigten:

..... Ersatztelefonnummer:

Wichtige Hinweise zum Kind (z.B. Allergien, Krankheiten oder ähnliches):

.....

.....

Finanzierung

.....

.....

Wer holt das Kind ab?

ICH nicht ich, sondern:

DARF SELBST NACH HAUSE FAHREN

Bitte geben Sie uns **IMMER** Bescheid, wenn sie nicht selbst kommen, um ihr Kind abzuholen!

Kind kann schwimmen?

- JA
- NEIN

Wir bitten für Kinder, die einen Kindersitz benötigen, den eigenen mitzubringen!

Hiermit melde ich mein Kind verbindlich zur Betreuung im Rahmen des Sommerprogramms an.
Ich bin damit einverstanden, dass Bilder angefertigt und zur weiteren Verwendung in den
sozialen Medien herangezogen werden.

Ich bin damit einverstanden per Newsletter über weitere Veranstaltungen und Programme in
Kenntnis gesetzt zu werden. Email :

Graz, den 2024

.....

Unterschrift