LICEO CLASSICO "MEGARA"
Classico - Scientifico - Scienze Umane - Linguistico
AUGUSTA, VIA STRAZZULLA, 10 - 96011
Tel.: 0931-522024/521834 fax: 0931.472368

Codice Fiscale: 81002250892 PEC: srpc070006@pec.istruzione.it e-mail: srpc070006@istruzione.it sito web: www.liceomegara.edu.it

Prot. n°. 3738

C.I. n°. 316.

Augusta 24/02/2022

Al Direttore dei Servizi G. e Amministrativi
A tutti i docenti segretari/coordinatori
A tutti i genitori rappresentanti di classe
A tutti i docenti
A tutti gli alunni
Sito web
Atti

OGGETTO: Pausa di socializzazione prolungata in data 26/02/2022 - sabato
(dalle ore 10.50 alle ore 11.40)

Si comunica alle SS.LL. in indirizzo che giorno 26 febbraio 2022 (sabato), la pausa di socializzazione in occasione della festa di Carnevale durerà dalle ore 10.50 alle ore 11.40 durante la quale gli alunni, all'interno della propria aula, potranno consumare le tradizionali "Chiacchiere di Carnevale".

Alle ore 11.40 gli alunni riprenderanno il regolare orario delle lezioni.

Si ricorda inoltre che, eccezionalmente, giorno 26 febbraio 2022 è autorizzata l'introduzione a scuola di alimenti alle seguenti condizioni:

1. Dichiarazione scritta, firmata dal genitore rappresentante di classe, che attesti la non presenza di ragazzi affetti da intolleranze alimentari (come da fac-simile allegato);
2. Presentazione dello scontrino fiscale attestante la tracciabilità dei prodotti;
3. Gli alimenti dovranno pervenire a scuola non prima delle ore 10.15 e potranno essere consumati durante la pausa di socializzazione;
4. Gli alimenti vanno consegnati in portineria e successivamente ritirati dai rappresentanti di classe.
5. Garantire la pulizia dei locali

Il Dirigente Scolastico
Prof. Renato Santoro

Al Dirigente Scolastico
del Liceo Classico "Megara"
Sezione Scientifica annessa di Augusta

Oggetto: Dichiarazione relativa alle intolleranze alimentari classe _____ a. s. 2021/2022

Il/La sottoscritto/a _____, in qualità di rappresentante dei genitori per la classe _____, come richiesto con C. I. n. ____, **sentiti tutti i genitori della classe**,

DICHIARA

che

☐ nessun alunno della classe è affetto da intolleranze alimentari

oppure (scegliere la voce adatta alla classe)

☐ nessun alunno della classe è affetto da intolleranze alimentari ad eccezione di n. ____ alunni, i cui nominativi e il cui tipo di intolleranza vengono comunicati al docente segretario/coordinatore in modo riservato, nel rispetto della privacy.

Augusta, _____

Con osservanza,

_____
(firma del genitore rappresentante)

Consegnare debitamente compilata e firmata al docente segretario/coordinatore della classe entro il 25 febbraio 2022.