



LICEO CLASSICO "MEGARA"
Classico – Scientifico – Scienze Umane – Linguistico – Artistico
- Scienze Umane Quadriennale - Artistico Serale

96011 AUGUSTA – VIA STRAZZULLA, 10
Tel.: 0931-522024/521834



Codice Fiscale: 81002250892 PEC: srpc070006@pec.istruzione.it e-mail: srpc070006@istruzione.it sito web: <http://www.licemegara.edu.it>

C. I. n. 426

- **Ai docenti**
- **Ai docenti segretari-coordinatori**
- **Agli studenti**
- **Ai genitori rappresentanti di classe**
- **Alle famiglie per il tramite degli alunni**
- **Al DSGA**
- **Ai collaboratori scolastici**
- **Atti**
- **Albo**
- **Sito web**

OGGETTO: Organizzazione giornata del 4 marzo 2025

Si comunica alle SS.LL. in indirizzo che giorno 4 marzo 2025 (martedì), dalle ore 10:05 alle ore 11:50 tutti gli alunni, nelle rispettive aule, svolgeranno l'Assemblea di Classe del mese di Marzo. Per l'occasione sono autorizzati a consumare i tradizionali dolci di Carnevale.

Le prime due ore di lezione si svolgeranno regolarmente. Alle ore 11:50 alunni e docenti saranno congedati.

Si ricorda che l'introduzione a scuola di alimenti nella giornata del 4 marzo e in altre ricorrenze, è subordinata al rispetto delle seguenti condizioni:

1. Consegna della dichiarazione scritta, firmata dal genitore rappresentante di classe, che attesti la non presenza di ragazzi affetti da intolleranze alimentari (modulo allegato);
2. Presentazione ai collaboratori scolastici dello scontrino fiscale attestante la tracciabilità dei prodotti;
3. Gli alimenti dovranno pervenire a scuola non prima delle ore 09.30 e potranno essere consumati durante l'assemblea;
4. Garantire la pulizia dei locali.

Si allega modulo per la dichiarazione delle intolleranze.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Gianluca Rapisarda
FEA

**Al Dirigente Scolastico
del Liceo Classico “Megara”
Sezione Scientifica annessa
di Augusta**

Oggetto: Dichiarazione relativa alle intolleranze alimentari classe _____ - a. s. 2024/2025

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)