



25 Φεβρουαρίου 2020

Επικοινωνία (25): Σχολικό Πρόγραμμα για Παροχή Φρούτων, Λαχανικών και Γάλακτος

Αγαπητές οικογένειες
Μετά από αίτηση το σχολείο μας συμμετέχει και φέτος στο Σχολικό Πρόγραμμα για Παροχή Φρούτων, Λαχανικών και Γάλακτος σε Παιδιά. Το Πρόγραμμα εφαρμόζεται από το Τμήμα Γεωργίας, του Υπουργείου Γεωργίας, Αγροτικής Ανάπτυξης και Περιβάλλοντος, και τον Κυπριακό Οργανισμό Αγροτικών Πληρωμών, σε συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού.

Από την Τρίτη 3 Μαρτίου μέχρι 27 Μαΐου, θα προσφέρεται καθημερινά στα παιδιά:

- γάλα σε ατομική συσκευασία 250ml, κατά το 1^ο διάλειμμα και
- φρούτο ή λαχανικό ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ 1, πλυμένο κατά το 2^ο διάλειμμα

Το γάλα θα προσφέρεται με τις ακόλουθες προδιαγραφές: Φρέσκο, Ημι-αποβουτυρωμένο, 1,5 λιπαρά, Παστεριωμένο ομογενοποιημένο (χωρίς ζάχαρη και άλλα πρόσθετα)

Για τη συμμετοχή του παιδιού στο πρόγραμμα είναι αναγκαία η συμπλήρωση του πιο κάτω εντύπου και η παράδοση του στον/ην υπεύθυνο/η δάσκαλο/α του τμήματος το αργότερο μέχρι **την Πέμπτη 28 Φεβρουαρίου 2020**.

Το έντυπο πρέπει να συμπληρωθεί **απαραίτητα από όλες τις οικογένειες** για να λαμβάνει το παιδί φρούτο, λαχανικό και γάλα, ακόμα και αν δεν ισχύει καμιά αλλεργία.

Κώστας Μιχαήλ, Διευθυντής

Σπυρίδωνος Νόμπελη 3, 2402 Έγκωμη, Τηλ: 22355997 Fax:22356103 <http://dim-makedonitissa3-lef.schools.ac.cy/>



ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΜΑΚΕΔΟΝΙΤΙΣΣΑΣ Γ' - ΣΤ. ΛΕΝΑ ΣΧΟΛΙΚΗ ΧΡΟΝΙΑ 2019-2020

Σχολικό Πρόγραμμα για Παροχή Φρούτων, Λαχανικών, Μπανανών και Γάλακτος

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Όνομα Παιδιού: Τμήμα:

Αποδέχομαι να λαμβάνει το παιδί μου καθημερινά φρέσκο γάλα

Αποδέχομαι να λαμβάνει το παιδί μου καθημερινά φρούτο ή λαχανικό

Αλλεργίες σε φρούτα ή λαχανικά (Κυκλώστε ανάλογα)

ΑΧΛΑΔΙΑ	ΜΗΛΑ,	ΠΕΠΟΝΙ,	ΚΑΡΟΤΑ
ΒΕΡΙΚΟΚΑ	ΜΠΑΝΑΝΕΣ,	ΚΑΡΠΟΥΖΙ	ΚΡΑΜΠΙ/ΚΟΥΝΟΥΠΙΔΙ
ΧΡΥΣΟΜΗΛΑ,	ΝΕΚΤΑΡΙΝΙΑ,	ΣΤΑΦΥΛΙΑ,	ΠΡΑΣΙΝΑ ΛΑΧΑΝ
ΔΑΜΑΣΚΗΝΑ	ΡΟΔΑΚΙΝΑ,	ΣΤΑΦΙΔΕΣ,	
ΦΟΡΜΟΖΕΣ,	ΚΕΡΑΣΙΑ,	ΑΓΓΟΥΡΑΚΙΑ	
ΕΣΠΕΡΙΔΟΕΙΔΗ,	ΦΡΑΟΥΛΕΣ	ΝΤΟΜΑΤΕΣ	

Το παιδί μου δεν υποφέρει από οποιαδήποτε αλλεργία στα πιο πάνω είδη (φρούτων ή λαχανικών)

Το παιδί μου δεν υποφέρει από οποιαδήποτε αλλεργία ΣΤΟ ΦΡΕΣΚΟ ΓΑΛΑ

Όνομα Γονέα: Τηλέφωνο Επικοινωνίας:

Ημερομηνία: Υπογραφή γονέα/κηδεμόνα: