

ISTITUTO COMPRENSIVO "MARGHERITA HACK" VIA
CROCE ROSSA N. 4 – 20097 - SANDONATO MILANESE
COD. MECC. MIIC8FB00P – C.F.: 97667080150
TEL 025231684 – FAX 0255600141
e-mail: MIIC8FB00P@istruzione.it - e-mail PEC: MIIC8FB00P@PEC.istruzione.it
<http://icsmhack.edu.it/> Codice Univoco Ufficio: UF3XK7

Circ. n. 138/Primaria D'Acquisto e Greppi
San Donato M.se, 12/01/2026

Ai Docenti
Ai genitori delle classi 1°, 2°, 3°
Salvo D'Acquisto e Greppi
Alla DSGA
Al personale ATA
Al sito Web

Oggetto: programma “Frutta nella scuola 2025-26” plessi Scuola Primaria “S. D’Acquisto” e “M. Greppi”

Gentili Genitori,

con la presente vi informo che quest’anno le classi I II III della **Scuola primaria “S.D’Acquisto” e della scuola “M. Greppi”** del nostro Istituto parteciperanno al **Programma “Frutta nella scuola”**, lanciato dal Ministero delle Politiche Agricole Alimentari e Forestali e destinato a titolo completamente gratuito agli alunni delle scuole primarie di età compresa tra i 6 e gli 11 anni. L’obiettivo è quello di incoraggiare i bambini al consumo di frutta e verdura e sostenerli nella conquista di abitudini alimentari sane, diffondendo messaggi educativi sulla generazione di sprechi alimentari e sulla loro prevenzione. Frutta e verdura fresche saranno distribuite a partire dalla prossima settimana, tenendo conto dei fattori della stagionalità e della varietà della fornitura.

**Chi avesse particolari allergie o intolleranze è pregato di comunicarlo,
entro martedì 13 Gennaio 2026,
riconsegnando il modulo in allegato al coordinatore di classe.**

Grazie per la consueta collaborazione

Il Collaboratore del Dirigente Scolastico
Simona M. Beretta

PROGETTO “FRUTTA E VERDURA NELLE SCUOLE”

DICHIARAZIONE DI ALLERGIE O INTOLLERANZE ALIMENTARI I sottoscritti

Sig..... e Sig.ra..... genitori

dell'alunno/a..... classe..... sez..... in riferimento

al progetto “Frutta e verdura nelle scuole” cui la scuola primaria aderisce nell'a. s. in corso

DICHIARANO

che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;

che il proprio figlio presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i (indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e o intolleranze)

.....
.....
.....
.....

Data,

Firme