

5 Οκτωβρίου 2023

Θέμα: Σίτιση Προαιρετικού Ολοήμερου Σχολείου

Αγαπητοί Γονείς και Κηδεμόνες,

Στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων μας, σαν Σύνδεσμος Γονέων του Δημοτικού Σχολείου Μακεδονίτισσας Α', είναι η **σίτιση και ΜΟΝΟ**, των μαθητών που φοιτούν στο Προαιρετικό Ολοήμερο Σχολείο (ΠΟΣ). Για σκοπούς εύρυθμης λειτουργίας της σίτισης του ΠΟΣ παρακαλούμε όπως ενημερωθείτε για τα ακόλουθα:

1. Πληρωμές:

Η μηνιαία πληρωμή θα πρέπει να καταβάλλεται **εντός της πρώτης εβδομάδας κάθε μήνα** μέσω τραπεζικής κατάθεσης ή μεταφοράς στο λογαριασμό του Συνδέσμου Γονέων στην Τράπεζα Κύπρου, με περιγραφή <<ΣΙΤΙΣΗ ΠΟΣ-ονοματεπώνυμο και τάξη του/των παιδιού/ών σας>>.

(επισυνάπτεται IBAN CERTIFICATE)

Ο παροχέας σίτισης είναι η εταιρεία «Γλυκόραμα» και κατά τη **φετινή χρονιά** το μηνιαίο ποσό που θα πληρώνει **το κάθε παιδί** που φοιτά στο ΠΟΣ από τον Νοέμβριο μέχρι και Μάιο ανέρχεται στα **€51 τον μήνα**.

2. Ακύρωση φαγητού

Η ακύρωση φαγητού θα γίνεται **ΜΟΝΟ** σε περίπτωση που ο/η μαθητής/τρια θα απουσιάζει από το σχολείο για **διάστημα μίας βδομάδας ή και περισσότερο**. Θα πρέπει να ενημερώνεται **γραπτώς ο Σύνδεσμος Γονέων ΜΟΝΟ** με αποστολή ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στην ηλεκτρονική διεύθυνση pos.amakedonitissas@gmail.com, δηλώνοντας τα ακόλουθα:

- το όνομα και την τάξη παιδιού
- την χρονική περίοδο απουσίας.

Σε περίπτωση, που η απουσία είναι από 1-4 ημέρες τότε μπορείτε να παραλαμβάνετε το φαγητό από το σχολείο μέχρι τις 1:30 μ.μ. . Σε περίπτωση που δεν το παραλαμβάνετε **θα εξακολουθείτε να χρεώνεστε** τις μερίδες των παιδιών.

Ακόμη, εάν το παιδί σας απουσιάζει και **δεν ενημερωθεί** ο Σύνδεσμος Γονέων αλλά το σχολείο τότε και πάλι θα **χρεώνεστε κανονικά**.

3.Μεταφορά φαγητού

Οι μαθητές έχουν το δικαίωμα να μεταφέρουν το φαγητό που τους περισσεύει στο σπίτι. Ως εκ τούτου, παρακαλείστε όπως προμηθεύσετε τα παιδιά σας με σακουλίτσες ή όποιο άλλο μέσο μεταφοράς επιθυμείτε, ώστε να μεταφέρεται με ασφάλεια το φαγητό στο σπίτι.

4.Αναθεώρηση επιλογών σίτισης

Σας ενημερώνουμε ότι η τήρηση του διατροφολογίου(υπάρχει στην ιστοσελίδα του σχολείου) είναι δεσμευτική **για την υπόλοιπη σχολική χρονιά**. Δεν θα γίνονται αλλαγές για κανένα παιδί κατά τη διάρκεια του έτους. Σε περίπτωση που υπάρχει ιατρικός (αλλεργία/πάθηση κτλ) ή και θρησκευτικός λόγος που εμποδίζει το παιδί να ακολουθήσει το συγκεκριμένο διατροφολόγιο τότε πρέπει να υποβληθεί πιστοποιητικό ιατρού (σε περίπτωση ιατρικού λόγου) και έντυπη δήλωση από τον γονέα (σε περίπτωση θρησκευτικού λόγου) ώστε να γίνει αντικατάσταση γεύματος με άλλο γεύμα από το υφιστάμενο διατροφολόγιο.(Επισυνάπτεται σχετικό έντυπο 1).

5.Επικοινωνία μεταξύ γονέων παιδιών που φοιτούν στο ΠΟΣ και Συνδέσμου γονέων

Για σκοπούς καλύτερης και άμεσης επικοινωνίας ο Σύνδεσμος Γονέων θα δημιουργήσει ένα VIBER broadcast για τους γονείς των παιδιών που φοιτούν στο ΠΟΣ. Παρακαλείστε όπως συμπληρώσετε το έντυπο 2 που επισυνάπτεται και καταχωρίσετε τον αριθμό του Συνδέσμου(**97512297**)στις επαφές σας.

Για οποιαδήποτε απορία για **θέματα Σίτισης ΠΟΣ** μπορείτε να επικοινωνήσετε με την υπεύθυνη του Συνδέσμου γονέων και κηδεμόνων Στέλλα Χαραλαμπίδου στο τηλέφωνο 99631972 ή αποστέλλοντας ηλεκτρονικό ταχυδρομείο στην ηλεκτρονική διεύθυνση pos.amakedonitissas@gmail.com

Κλείνοντας, θέλουμε να σας ευχαριστήσουμε εκ των προτέρων για τη συνεργασία σας για την εύρυθμη λειτουργία της σίτισης του ΠΟΣ.

Απο το Διοικητικό Συμβούλιο

ΕΝΤΥΠΟ 1

Επιβεβαιώνω ότι επιθυμώ το παιδί μου να εξαιρείται από

.....

(δήλωση φαγητού)

για ιατρικούς (αλλεργία/πάθηση κτλ) ή και θρησκευτικούς λόγους που εμποδίζουν το παιδί μου να ακολουθήσει το συγκεκριμένο διατροφολόγιο και να γίνει αντικατάσταση γεύματος με άλλο γεύμα από το υφιστάμενο διατροφολόγιο.

Όνοματεπώνυμο παιδιού.....

Τμήμα.....

Όνοματεπώνυμο γονέα/κηδεμόνα.....

Υπογραφή γονέα/κηδεμόνα.....

Ημερομηνία.....

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Ο/Η υπογράφων/ουσα την παρούσα βεβαίωση Ιατρός

.....

(ονοματεπώνυμο & ειδικότητα)

αφού εξέτασα τον/την..... επιβεβαιώνω ότι πρέπει να εξαιρείται από
..... κατά τη σίτιση στο ΠΟΣ.

Υπογραφή & σφραγίδα Ιατρού

Ημερομηνία :

Τηλέφωνα Ιατρού σε περίπτωση ανάγκης

*παρακαλούμε όπως παραδοθεί σε κλειστό φάκελο στη Διευθύντρια του σχολείου μέχρι την Τρίτη 10 Οκτωβρίου 2023.

ΕΝΤΥΠΟ 2

Επιβεβαιώνω ότι επιθυμώ να λαμβάνω μηνύματα που αφορούν τη σίτιση ΠΟΣ από τον Σύνδεσμο Γονέων και κηδεμόνων Δημοτικού Σχολείου Μακεδονίτισσας Α΄ μέσω VIBER ή ηλεκτρονικού ταχυδρομείου.

Όνοματεπώνυμο παιδιού/ων και τμήμα

.....

.....

.....

Όνοματεπώνυμο γονέα/κηδεμόνα.....

Αρ. Τηλεφώνου.....

Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο.....

Υπογραφή γονέα/κηδεμόνα.....

Ημερομηνία.....

*παρακαλούμε όπως τοποθετηθεί στο Κόκκινο κουτί του Συνδέσμου που βρίσκεται μπροστά στη Γραμματεία μέχρι την Τρίτη 10 Οκτωβρίου 2023.