



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
ISTITUTO COMPRENSIVO "CARINI CALDERONE-TORRETTA" ad Indirizzo Musicale
Via Emilia, 1 - 90044 Carini (PA)
Cod. fisc. 80029730829 - Cod. Min. PAIC8AG007
e-mail Segreteria: paic8ag007@istruzione.it posta certificata paic8ag007@pec.istruzione.it
Tel. 091 8668399
SEDE OSSERVATORIO DI AREA DISTRETTO n. 8

Circ. n. 291 del 18 aprile 2023

**Alle famiglie
Alle/agli alunni*
Al personale docente ed ATA
Alla DSGA
Al sito web**

Oggetto: sospensione attività didattiche ed educative e chiusura locali 24 aprile 2023

Si informano i destinatari in indirizzo che lunedì 24 aprile p.v. gli uffici e i plessi dell'Istituto resteranno chiusi per delibera del Consiglio di Istituto n. 33 del 1° settembre 2022. Le lezioni riprenderanno il 26 aprile 2023

**La Dirigente Scolastica
Claudia Notaro**

Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993

Alla Dirigente Scolastica
dell'IC "Carini Calderone Torretta"

Oggetto: autorizzazione progetto BEE SMART

Con la firma sotto apposta il/la sottoscritto/a _____ genitore/tutor
dell'alunno/a _____ classe _____
sez. _____ del Segmento di Scuola _____, Sede di _____,
autorizza il/la propri* figliol* a partecipare al progetto di cui in oggetto che si terrà presso l'Aula Magna
"Ina Badalamenti" del plesso di Carini nel giorno _____. dalle ore ____ alle
ore _____

Con la presente si declina ogni responsabilità strettamente non imputabile a scuola ed insegnanti, ossia
responsabilità dipendenti da comportamenti estemporanei ed imprevedibili che possano verificarsi
durante il progetto, motivi per i quali si rimanda al Regolamento di Istituto ed al Patto di
Corresponsabilità.

**OGGETTO: DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI E/O ALLERGIE A
FARMACI.**

Il/La sottoscritt... _____ genitore dell'alunn...
_____ frequentante la classe _____ sez. _____ della
Scuola
_____ di _____

COMUNICA CHE IL/LA PROPRI... FIGLI...

non è affett... da allergie e/o intolleranze alimentari;

presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari _____

_____ come
attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione e, pertanto, chiede il pasto
alternativo durante le visite guidate e/o i viaggi d'istruzione;

non è affett... da allergie a farmaci;

presenta allergie a farmaci, come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione.

Eventuali altre informazioni utili sul bambino da

segnalare _____

_____, li _____

Firma dei genitori