**Ενημερωτικό σημείωμα**

***Αγαπητοί γονείς και κηδεμόνες,***

***Σας ενημερώνουμε ότι το Υπουργείο Αγροτικής Ανάπτυξης και Τροφίμων σε συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων, υλοποιεί Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα διανομής φρούτων, λαχανικών και γάλακτος σχολικών ετών 2017/2018, 2018/2019 και 2019/2020, πρόγραμμα σίτισης σε Δημοτικά Σχολεία της Περιφερειακής Διεύθυνσης Εκπαίδευσης Δυτ. Θεσσαλονίκης***

***Το πρόγραμμα «Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα διανομής φρούτων, λαχανικών και γάλακτος σχολικών ετών 2017/2018, 2018/2019 και 2019/2020» απευθύνεται στο σύνολο των μαθητών προεπιλεγμένων σχολείων. Η προσφορά στο σχολείο δωρεάν φρούτων, λαχανικών και γάλακτος περιλαμβάνει σημαντικά μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα, κοινωνικά και οικονομικά οφέλη, όπως η ενίσχυση θετικών στάσεων των μαθητών ως προς τις διατροφικές τους συνήθειες , η ενίσχυση της εκπαίδευσης και η αλλαγή των διαιτητικών συμπεριφορών στην κατεύθυνση της αναχαίτισης του επιδημικού φαινομένου της παιδικής παχυσαρκίας.***

***Για τη συμμετοχή των μαθητών στο πρόγραμμα «Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα διανομής φρούτων, λαχανικών και γάλακτος σχολικών ετών 2017/2018, 2018/2019 και 2019/2020», ζητείται η ενυπόγραφη συγκατάθεσή σας την οποία θα επιστρέψετε στο Σχολείο.***

*……………………………………………………………………………………………………………………………........................................*

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΜΑΘΗΤΕΣ**

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η ……………..…………..………………………….. δηλώνω υπεύθυνα ότι δέχομαι το παιδί μου ………………………………………………………………….……, μαθητής/τρια της …. Τάξης, του …… Δημ. Σχολείου………………………, να παραλαμβάνει από το Σχολείο φρούτα, λαχανικά και γάλα στο πλαίσιο του προγράμματος με θέμα : «Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα διανομής φρούτων, λαχανικών και γάλακτος σχολικών ετών 2017/2018, 2018/2019 και 2019/2020» που υλοποιεί το Υπουργείο Αγροτικής Ανάπτυξης και Τροφίμων, σε συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων.

Δηλώνω επίσης, ότι το παιδί μου **δεν έχει / έχει** (υπογραμμίστε κατάλληλα)αλλεργία, δυσανεξία σε συγκεκριμένες τροφές.

Σε περίπτωση που έχει κάποια αλλεργία-δυσανεξία, γράψτε, εφόσον γνωρίζετε κάποιο από τα ανωτέρω που την προκαλούν:…………………………………………………………………………………..

 ….. , …./… /2018

 Υπογραφή