

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Scolastico Comprensivo
"Castel di Lama 1"

CASTEL DI LAMA

Il sottoscritto _____ genitore dell'alunno
_____, classe/sez. _____,

CHIEDE

che il proprio figlio venga esonerato dalla pratica di Educazione fisica, dal _____
al _____ per le ragioni di salute esposte nel certificato medico allegato.

E' consapevole dell'obbligo di presenza a tali attività ed alle lezioni di teoria.

Allegato: certificato medico

Castel di Lama, _____

Firma

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

- Vista la domanda di cui sopra
- Esaminata la CERTIFICAZIONE MEDICA ALLEGATA

CONCEDE

all'alunno _____ l'esonero alla
pratica di Educazione fisica per il periodo _____.

Castel di Lama, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Maria Vitali

NOTIFICA AL DOCENTE
di Ed. Fisica
