Il / La sottoscritt__ ____
genitore dell'alunn__ ____
della classe ________________ sezione _________ anno scolastico __________________
(nominativo dell'insegnante prof. ____________________________________)

C H I E D E

Alla S. V. di concedere al proprio figlio/a l'esonero dagli esercizi di Educazione Fisica per la durata

□ intero anno scolastico
□ il seguente periodo____

Allega alla presente certificato medico:

□ A.S.L ______________________________
□ Specialistico _______________________

Sono a conoscenza che l'esonero non comporta l'astensione dalle lezioni di Educazione Fisica e la partecipazione dello studente ad attività compatibili con le condizioni fisiche che sono alla base dell'esonero richiesto.

Tivoli , ________________ Firma del richiedente

____

■♦

Tivoli,__________________

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Vista la richiesta del genitore;
Vista la normativa vigente;

CONCEDE

L'esonero dalle lezioni pratiche di Educazione Fisica nel periodo richiesto dal medico.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Francesca CERRI