

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo 2

DI ASTI

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (prov. _____) il _____

residente a _____ in Via _____ n° _____

genitore dell'alunno/a _____ frequentante la classe ____/____

della scuola dell'infanzia/primaria di _____/secondaria di 1° grado,

CHIEDE

che il proprio figlio/a abbia l'esonero parziale/totale dall'attività pratica connessa alle lezioni di Educazione Fisica

dal _____ al _____

per l'intero anno scolastico _____.

Allega alla presente certificazione medica comprovante la richiesta di esonero

ASTI, _____

FIRMA
