

Alla Dirigente Scolastica
Istituto Comprensivo
di Traversetolo

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/secondaria di 1° grado,

CHIEDE

che il proprio figlio/a abbia l'esonero all'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.

Traversetolo, _____

FIRMA di entrambi i genitori/tutori

DICHIARAZIONE DA SOTTOSCRIVERE NEL CASO IN CUI VI SIA LA FIRMA DI UN SOLO GENITORE: Ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n.445 sotto la mia personale responsabilità e, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del citato D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro che [] il padre / [] la madre dell'alunno/a è a conoscenza ed è d'accordo circa le scelte esplicitate attraverso la presente dichiarazione.

FIRMA _____

VISTO:

La Dirigente Scolastica
-Prof.ssa Francesca Zonca-
