

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 **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.

Traversetolo, _____

FIRMA