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 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:

Il Dirigente Scolastico

-Dott.ssa Cinzia Campanini

_____