

Il/La sottoscritto/a  in qualità di genitore/tutore  
(cognome e nome)  
dell'alunno  nato/a   
(cognome e nome)  
Prov. di () il  frequentante nell'a.s.  la classe  Sez.  del plesso

### C H I E D E

l'esonero  parziale \  totale dalle lezioni di Educazione Fisica per l'anno scolastico in corso per NOME  
ALUNNO fino a , come da certificato medico allegato. Sono consapevole del fatto che  
l'esonero sarà eventualmente concesso per la sola parte esercitativa, fermo restando il fatto che per l'alunno/a  
rimane l'obbligo di eventuale percorso di studio teorico disposto dal docente.

data

(firma del genitore/tutore)

Allega certificato medico

recapito telefonico per eventuali comunicazioni

telefono

mail