

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo di Darfo 1

Il sottoscritto _____ CF _____ nato

a _____ provincia di _____ il ___/___/____ residente a _____ provincia di _____
Via/Piazza _____ n° _____

in qualità di genitore/ tutore (cancellare la parte che non interessa) dell'alunno/a frequentante la classe _____ sezione _____ della scuola primaria / secondaria (cancellare la parte che non interessa) di _____

CHIEDE

l'esonero dalle lezioni di Ed. Fisica/Motoria come da certificato medico allegato.

Data, _____

Firma _____