

**Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
"Pietro da Cemmo"
CAPO DI PONTE**

**OGGETTO: Richiesta di esonero totale/parziale* – permanente/temporaneo*
dalle lezioni di Educazione fisica**

Il/La sottoscritt _____
genitore dell'alunn _____
frequentante la classe _____ sez. _____ nell'anno scolastico _____

CHIEDE

che al/alla figli __ sia concesso l'esonero totale/parziale* (in riferimento
alle attività ginniche), permanente/temporaneo* dalle lezioni di Educazione
Fisica

dal _____ al _____

per il seguente motivo:

Allega certificato medico, senza diagnosi, comprovante la necessità di
esonero richiesto.

Data, _____

Firma _____

***cancellare la voce che non interessa**