Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
di Ponte Lambro

Il/La sottoscritto/a _____

genitore dell'alunno/a _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

frequentante la classe _____ sez. _____

della Scuola _____ ,

chiede l'**esonero** del/della figlio/a dalla pratica di **Educazione Fisica**

dal _____ al _____ per complessivi giorni _____,

come indicato dal Certificato Medico allegato.

Data _____ *Firma* _____