Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo
"Dante Alighieri"
TRIESTE

Il/la sottoscritt _____ nato a _____ il _____

madre/padre dell'alunno _____ frequentante la

classe _____ sez. _____ Tel./Cell. _____

a seguito di _____
(indicare la diagnosi)

c h i e d e

l'esonero / la proroga dell'esonero dalle lezioni di Educazione Fisica fino al _____

Si allega:
1) Certificato medico rilasciato il _____ da _____
2) _____

Trieste, _____

_____
(F i r m a)

^^^