Al Dirigente Scolastico dell'Istituto
Comprensivo "Spinelli"
Sede

Il /La sottoscritto/a _____

Padre/madre dell'alunno/a_____

Della classe_____sez_____della Scuola:

INFANZIA_____

PRIMARIA_____

SECONDARIA_____

CHIEDE

L'esonero dalle lezioni di Educazione Fisica per

☐ L'intero anno scolastico

☐ Il seguente periodo: ……..……

Si allega certificato medico.

Scandicci, _____ /_____ /_____ _____

Firma