

AI DIRIGENTE SCOLASTICO
I.I.S. "G.B. Ferrari"
ESTE

..... I sottoscritt
Cognome e nome del genitore

padre madre di

frequentante la classe sez. di codesto Istituto

CHIEDE

che ___ propri_ figli_ venga esonerato/a dalle lezioni di educazione fisica:

per il seguente periodo: dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___

per l'intero anno scolastico 20 ___ / 20 ___

Allega il certificato medico rilasciato dal Dott.

Este, ___ / ___ /

.....
firma del genitore