

Al Dirigente Scolastico
Dell'I.C. di Casalgrande

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

genitore del/la alunno/a _____

frequentante la cl. _____ sez. _____ della Scuola Secondaria di I grado

CHIEDE

che il proprio/a figlio/a venga **esoneroato/a dalle lezioni di Educazione Fisica** per il periodo

dal _____ al _____ come da allegato certificato medico.

Casalgrande, _____

In fede
