

Al Dirigente Scolastico
Dell'Istituto Comprensivo Consortile
"E . Galvaligi"
Solbiate Arno

_____ I _____ sottoscritt _____ padre/madre dell'alunn_

nat _____ a _____ frequentante la classe ____ sez _____

di questa Scuola Media Statale nell'anno scolastico 2004/2005,

CHIEDE

L'esonero parziale/totale dalle esercitazioni pratiche di educazione fisica per il
periodo dal _____ al _____, come
risulta da certificato medico allegato.

_____, _____

In Fede
