

Al Dirigente Scolastico
I.I.S. "Belluzzi – Fioravanti"
Bologna

Il/La sottoscritto/a _____ genitore
dell'alunno _____ nato a _____
e residente a _____ Via _____
C.A.P. _____ TEL. _____, iscritto per l'anno scolastico 20____/_____
Alla classe _____ di codesto Istituto

CHIEDE

l'esonero dalle ESERCITAZIONI PRATICHE di EDUCAZIONE FISICA come da allegato certificato medico- referto dell'ospedale (con prognosi esatta) per il seguente periodo:

- dal _____ al _____ (Lo scrivente si riserva di presentare successivo certificato medico, qualora l'esonero dovesse prolungarsi).
- Per l'intero anno scolastico.

Bologna, ____/____/____

Firma

SI AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
EDOARDO SOVERINI

Per presa visione l'Insegnante di Educazione Fisica della classe

Prof./prof.ssa _____