



IL/La sottoscritto/a _____

genitore dell'alunno _____ frequentante la
classe ____ sez. ____ di codesto istituto

chiede

l'esonero parziale/totale dalle lezioni di Educazione Fisica

dal _____ al _____

come da referto medico allegato, rilasciato dal

dottor _____ residente a _____.

Firma Genitore

Firma Alunno (se maggiorenne)

Verona, _____

Si allega:

- certificato medico redatto dal medico di base su carta semplice con l'indicazione esatta dell'impedimento per cui si chiede l'esonero parziale o totale dalle lezioni di Educazione Fisica e la durata dello stesso.

ISTITUTO TECNICO STATALE PER GEOMETRI "CANGRANDE DELLA SCALA"
C.so Porta Nuova, 66 - 37122 VERONA ☎ n.045/8034810/8034199 📠 n. 045/8011462
Sitoweb: www.itgcangrande.it – E-mail: info@itgcangrande.it

Al Prof. di Ed. Fisica _____

Si comunica che l'alunno/a _____

della classe _____ è esonerato dalla lezione di Ed. Fisica a partire dal
_____ e fino al _____ come da referto medico in nostro
possesso.

Il Dirigente
Antonio Pettinato

