



Al Dirigente Scolastico
dell'ITS Cangrande della Scala
Verona

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 _____

Firma Genitore

Firma Alunno (se maggiorenne)

Verona, _____

NB: * E' indispensabile specificare se l'esonero è TOTALE o PARZIALE e , se PARZIALE, (cioè solo per alcune attività pratiche) il medico DEVE specificare quali attività NON PUO' praticare lo studente. Si allega certificato medico redatto dal medico di base o da specialista.**

~~~~~

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.

Verona, \_\_\_\_\_

II DIRIGENTE SCOLASTICO