

Il sottoscritto

Genitore dell'alunno/a

Nato/a a

il

Scuola

Classe/ Sez.

### CHIEDE

La concessione dell'esonero dall'Educazione Fisica:

- TOTALE PERMANENTE  
 TOTALE TEMPORANEO  
 PARZIALE PERMANENTE  
 PARZIALE TEMPORANEO

Per il periodo dal

al

Allega il richiesto certificato medico

Data,

Firma