

**Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca  
Istituto Comprensivo Statale Como Albate**  
piazza IV Novembre, 1 – 22100 Como  
Tel. 031 524656 Fax 031 505110  
sito web: www.icscomoalbate.it e-mail: coic81200t@istruzione.it

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo Statale Como Albate

Oggetto: Richiesta Esonero dalle lezioni pratiche di Ed. Fisica

Il/La sottoscritto/a ……………………………………………..

genitore dell'alunno/a …………………………………………

frequentante la Classe ………. Sez. ………A.S. …………….della Scuola…………………………….. in base alle disposizioni di cui all'art. 3 Legge 7 Febbraio 1958

chiede

che il/la proprio/a figlio/a venga esonerato/a dalle lezioni di Educazione Fisica:

Tipo e durata dell'esonero:

Esonero Totale e Permanente (\*);

Esonero Totale e Temporaneo per n. gg ;

Esonero Parziale(\*\*) e permanente(\*\*);

Esonero Totale Temporaneo, per giorni (o fino al );

Esonero Parziale(\*\*) Temporaneo, per giorni (o fino al );

(\*) Cancellare la voce che non interessa.

(\*\*) Nel caso di richiesta di esonero parziale dal certificato medico deve risultare chiaramente a quali esercizi ginnici alunno/a può essere sottoposto/a.

Documentazione allegata:

Data e luogo

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_