

**Ministero dell’Istruzione e del Merito
Istituto Comprensivo Statale Como Albate**
piazza IV Novembre, 1 – 22100 Como
Tel. 031 524656
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 Educazione 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 07/02/1958

chiede

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

Tipo e durata dell'esonero:

□ Esonero Totale e Permanente per n. gg …………. (o fino al ………………………….);

□ Esonero Totale e Temporaneo per n. gg …………………(o fino al ………………………….);

□ Esonero *Parziale(\*\*)* e permanente per n. gg …………. (o fino al ………………………….);

□ Esonero Totale Temporaneo, per n. giorni ……………. (o fino al ………………………….);

□ Esonero *Parziale(\*\*)* Temporaneo, per n. giorni ………… (o fino al ………………………)

(\*\*) *Nel caso di richiesta di esonero parziale dal certificato medico deve risultare chiaramente quali esercizi*

 *ginnici possono essere svolti dall’ alunno/a .*

Certificazione allegata:

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

Data e luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

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