**Al Dirigente Scolastico**

**dell’Istituto Comprensivo**

**Predappio**

**Oggetto:** Richiesta esonero educazione fisica

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la sezione/classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della scuola infanzia/primaria/secondaria di primo grado,

CHIEDE

che il proprio/a figlio/a sia esonerato/a dalle lezioni pratiche di educazione fisica per il periodo:

* dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* per l’intero anno scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per i seguenti motivi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si allega certificazione medica**

Predappio, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del richiedente

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