

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL'ISTITUTO COMPENSIVO STATALE  
"TARRA" DI BUSTO GAROLFO

Il/La sottoscritto/a , genitore

dell'alunno/a , frequentante

nel corrente anno scolastico la classe  sez.  della scuola

dell'infanzia     primaria     secondaria di primo grado di Busto Garolfo

**c h i e d e**

che il/la proprio figlio/a venga esonerato/a dall'attività di educazione fisica

dal giorno  al giorno

Si allega certificato medico del

Busto Garolfo,

Firma

\_\_\_\_\_

---

ISTITUTO COMPENSIVO STATALE "TARRA" DI BUSTO GAROLFO

VISTO, SI AUTORIZZA QUANTO RICHIESTO.

Il Dirigente Scolastico