

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo PESCARA 8

P E S C A R A

Il/La sottoscritt_____ , padre/madre
dell'alunn_____ , frequentante nell'a.s. 20___/20___ la
classe _____ sez. _____ di Codesto Istituto:

- Scuola Primaria Plesso _____
- Scuola Secondaria di I Grado "Tinozzi"

CHIEDE alla S.V.

di esonerare dalle lezioni pratiche di Educazione Fisica il/la propri_ figli_ dal _____
al _____.

Si allega certificato medico del _____.

Pescara, li ____/____/20 _____

VISTO:

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Michela TERRIGNI