

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE
"ANDREA BAFILE"
L'AQUILA

Il /La sottoscritto/a _____

Genitore dell'Alunno /a _____

Iscritto /a, presso questo Istituto per l'anno scolastico 20__ / 20__, alla classe __ sezione __

del Liceo Scientifico Statale "Andrea Bafile" Liceo Artistico Statale "Fulvio Muzi"

CHIEDE

L'ESONERO PARZIALE / TOTALE DALL'ATTIVITA' PRATICA DI EDUCAZIONE FISICA.

ALLEGA CERTIFICAZIONE MEDICA.

L'Aquila , _____

IN FEDE

VISTO SI AUTORIZZA

VISTO NON SI AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof.ssa Sabina ADACHER)

