

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO  
GALILEO GALILEI di COLICO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_,

genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

chiede

che il/la proprio/a figlio/a venga **esonero/a dalle lezioni di educazione fisica/ educazione motoria** per il seguente periodo:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

Allega certificato medico.

\_\_\_\_\_  
data

\_\_\_\_\_  
firma