Al

 Dirigente Scolastico

 Istituto di Istruzione Superiore “A. GRITTI”

 Via Muratori, 7

 Venezia – Mestre

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore/tutore dello/a

Alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iscritto/a presso codesto

Istituto nella classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, chiede di ottenere **l’esonero dalle Esercitazioni Pratiche di Educazione Fisica**

* per il periodo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* esonero per l’intero Anno Scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

allega certificato del medico curante con specificate le date di inizio e fine malattia.

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità che la richiesta di esonero è motivata dalle condizioni di salute del7la proprio/a figlio/a.

Il sottoscritto è a conoscenza che a codesta presidenza è riservata la facoltà di sottoporre l’alunno/a a visita ispettiva presso il presidio Poliambulatoriale della U.L.S.S. competente.

Le dichiarazioni di cui sopra corrispondono a verità.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in fede

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

Indirizzo:

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

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

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

 Visto: Il Dirigente Scolastico

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

SI FA PRESENTE CHE L’ESONERO DALL’ATTIVITA’ PRATICA NON COMPORTA ESONERO DALLE LEZIONI:

SUSSISTE QUINDI L’OBBLIGO DI FREQUENZA.