

Data _____

Prot. n. _____

**Al Dirigente Scolastico
I.T.C. "Archimede"
Modica**

Il / La sottoscritto/a _____
(Cognome e Nome del genitore)

in qualità di genitore dell'alunno/a _____
(Cognome e Nome dell'alunno/a)

nato il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ in Via/Viale/Piazza/C.so _____ N. _____

frequentante la classe _____ A.S. _____ / _____ dell'I.T.C. "Archimede" di Modica

CHIEDE

L'esonero dalle lezioni pratiche di Educazione Fisica del/della proprio/a figlio/a a far data

dal _____ al _____

Si allega Certificato Medico

Data, _____

Firma del Genitore
