

AL DIRIGENTE SCOLASTICO I.I.S.S. "CELLINI"
Via Masaccio, 8
50136 FIRENZE

Il /la sottoscritt.. genitore dell'alunno/a _____
della classe _____ sez. _____ della sede di _____
residente a _____ Via _____ n. _____
telefono n. _____

C H I E D E

L'esonero dalle lezioni di EDUCAZIONE FISICA nelle modalità sotto indicate, comprovate dal certificato medico allegato:

- | | | |
|---------------|---|--------------------------|
| 1. TEMPORANEO | - dal al | <input type="checkbox"/> |
| 2. PERMANENTE | - per l'anno scolastico 200..../200.... | <input type="checkbox"/> |
| 3. PARZIALE | - limitatamente alle seguenti esercitazioni pratiche:
.....
..... | <input type="checkbox"/> |
| 4. TOTALE. | | <input type="checkbox"/> |

E' consapevole del fatto che l'accoglimento della presente istanza non esimerà l'alunno dal partecipare alle lezioni di Educazione Fisica, limitatamente a quegli aspetti non incompatibili con le sue particolari condizioni soggettive.

Con osservanza

Firenze, _____

Firma _____