

Al Dirigente Scolastico
Liceo delle Scienze Umane
“ Sofonisba Anguissola” di
C R E M O N A

Il/La sottoscritt _____, genitore
dell'alunno/a _____, frequentante
la classe _____ nel corrente anno scolastico 20 ____ / 20____ ,

C H I E D E

che il proprio figlio/a sia esonerato/a dall'attività di educazione Fisica:

- dal _____ al _____
- per l'intero anno scolastico

(barrare il quadratino che interessa)

Si allega certificato medico.

Data _____

Firma _____