

Al Sig. Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Grosseto 6
Via Garigliano n. 16
58100 Grosseto (GR)

Il/la sottoscritto/a _____ padre/madre
dell'alunno/a _____ nato/a a
_____ il _____ frequentante
la classe _____ sez _____
della Scuola Primaria/ Sec. di 1° Grado di _____

CHIEDE

l'esonero dall'attività motoria per il/la proprio figlio/a per gg. _____ dal _____ al _____
come risulta dall'allegato certificato medico.

Firma del richiedente
