

Al Dirigente Scolastico
della Scuola Media Statale “ CAVOUR “
MODENA

Il sottoscritto, genitore dell'alunn _____
della classe CHIEDE alla S.V. che ___l___ propri ___figli___ sia esonerat___ dalle
lezioni di Educazione Fisica per il periodo dal _____ al _____

Allega alla presente certificato medico.

Modena,.....

Firma,.....