

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
2° C. D. "GIOVANNI XXIII"
TRIGGIANO

Il /La sottoscritt_ _____
genitore dell'alunn_ _____
frequentante la classe _____ sez. _____ presso codesta
scuola, avendo _____

CHIEDE

Di ammettere alla frequenza delle lezioni, come da certificato medico, il/la propri_ figli_ al fine di evitare ritardi nell'apprendimento
Chiede che venga esonerat_ dall'attività di educazione fisica
Allega certificazione medica attestante la compatibilità della frequenza a scuola con _____, per tutta la durata della prognosi.
Solleva la scuola da ogni responsabilità e da eventuali aggravamenti dell'infermità a seguito dell' autorizzazione della S.V. alla frequenza anticipata prima della completa guarigione.

Triggiano, lì

(Firma genitori)