

Al Dirigente Scolastico
Liceo Scientifico Classico Statale
"Marie Curie" – Meda

Il sottoscritto/a _____
genitore dello studente _____ della classe _____ sez. _____

C H I E D E

l'esonero dalle lezioni di Educazione Fisica per il figlio/a

- PARZIALE** (quando lo studente può svolgere solo alcune attività fisiche)
 TOTALE (quando lo studente non può svolgere attività fisica ma solo teorica)

Durata dell'esonero:

- TEMPORANEO** dal _____ al _____
(per tutto l'anno scolastico in corso o per parte di esso)
 PERMANENTE (per tutto il corso degli studi)

Allegato: Certificato Medico rilasciato dal Medico di Medicina Generale (medico di famiglia della
ASL) (art. 4 Legge Regionale n. 12 del 04/08/2003) .

Meda, _____

(firma del genitore)

N.B.:

- Il Dirigente Scolastico si riserva la facoltà di richiedere ulteriori accertamenti medici.
- In base al D.P.R. del 01/10/92 n. 908 lo studente esonerato dalle esercitazioni pratiche di Educazione Fisica deve comunque partecipare alle lezioni ed essere valutato.
- Il certificato medico deve specificare la durata dell'esonero.

Visto: Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Wilma de Pieri

Per presa visione il Prof _____