

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo di Bucine

Io sottoscritto/a genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_  
della scuola primaria/secondaria di 1° grado di \_\_\_\_\_

Chiedo

che mio figlio venga esonerato dalle lezioni di scienze motorie e di  
strumento per motivi di salute  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Allego alla presente certificato medico.

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_