

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
"F. TOZZI" DI SIENA

Il/La sottoscritto/a _____, genitore dell'alunno/a
_____ nato/a a _____ il _____,
iscritto/a per l'anno scolastico 20 ____ / 20____ alla classe _____ sezione _____ della
scuola:

- PRIMARIA "F. TOZZI"
 SECONDARIA I^ GRADO "A.B. SABIN"

CHIEDE

che il proprio figlio/a possa ricominciare le **attività fisico pratiche** di educazione fisica a partire dal
giorno _____ secondo le modalità riportate nel certificato medico
allegato.

Allega documentazione medica.

Siena, _____

Firma

VISTO, SI AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Floriana Buonocore