Milano,

**REFERTO MEDICO (**da specificare accuratamente)

 ESONERO TOTALE

** ESONERO PARZIALE **

(in caso di esonero parziale elencare bene, da parte del medico le **attività che non possono essere svolte)**

**PERIODO PER CUI SI RICHIEDE L’ESONERO:** dal \_al

(Sempre dichiarato dal medico)

Parere e firma dell’insegnante di Educazione fisica:

Firma del docente

**Vista** la documentazione acquisita si concede l’esonero a:

Della classe

Il Dirigente Scolastico dott.ssa Alessandra Condito