



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 Conditto





Liceo Scientifico Statale
Albert Einstein

via A. Einstein, 3
20137 Milano

www.liceoeinsteinmilano.edu.it

Tel 02.5413161
Fax 02.5460852

didattica@liceoeinsteinmilano.edu.it
amministrativa@liceoeinsteinmilano.edu.it
mips01000g@istruzione.it
mips01000g@pec.istruzione.it

C.F.
80125710154

C.M.
MIPS01000G



MIUR
Ministero dell'Istruzione e della Ricerca