**RICHIESTA CERTIFICATO MEDICO NON AGONISTICO**

Al Dott…………………….

I sottoscritti…………………………………………………………………., genitori dell’alunno/a

……………………………. frequentante la classe…………………del plesso di Scuola Secondaria

di I grado di……………………………………..

 **chiedono**

il rilascio del **certificato medico non agonistico** per il proprio figlio per lo svolgimento della

seguente attività…………………………………………………

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dei genitori

 …........................................................................

 ….....................................................................

**Il Dirigente Scolastico**

Prof. Giacomo Arena

……………………………………