

**Al Dirigente Scolastico del
Liceo Scientifico Statale
"E. Basile" PALERMO**

Oggetto: richiesta certificato medico.

 1 sottoscritt _____, genitore
dell'alunn _____ frequentante nell'a.s. in
corso la classe ____ sez. ____, chiede alla S.V. il rilascio della richiesta, da inoltrare al
Dott. _____, per un certificato medico affinché 1
propri figli possa svolgere attività sportive non agonistiche extracurricolari.

Firma



**Liceo Scientifico Statale
"Ernesto Basile"**
Via San Ciro, 23 - 90124 Palermo
Tel: 0916302800 - Fax: 0916302180
Codice Fiscale: 80017840820
Internet: <http://www.liceobasile.it>
email: paps060003@istruzione.it



Prot. n° _____

Palermo, li _____

Al Dott. _____
di _____

Oggetto: richiesta certificato medico.

Vista la domanda del genitore, si richiede il rilascio del certificato medico, **per
uso scolastico**, dell'alunn _____, nat ____ a
_____ prov. di ____ il _____, frequentante
nell'anno scolastico in corso la classe ____ sez. ____ di questo Istituto, per svolgere
attività sportive non agonistiche extracurricolari.

Il Dirigente Scolastico
Prof. Angelo DI VITA