

IDONEITA' ALLE LEZIONI DI ATTIVITA' MOTORIA

ALLIEVO : _____ **CLASSE :** _____

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara che il/la figlio/a:

- Non è affetto/a da patologia che possa pregiudicare la normale attività fisica scolastica;
- È affetto/a da patologia che possa pregiudicare la normale attività fisica scolastica (*in questo caso contattare l'insegnante coordinatore della classe e l'insegnante di ed. fisica*).

Se dovesse insorgere una problematica, s'impegna a informare prontamente l'insegnante referente.

In fede.

Chivasso li, _____

Firma _____