

Al Dirigente Scolastico

IIS P. A. Fiocchi Lecco

Il sottoscritto _____

cognome _____ nome _____

nato a _____ il _____

frequentante la classe _____ sezione _____

indirizzo _____

CHIEDE

Il rilascio della dichiarazione relativa al certificato medico per la pratica dell'attività sportiva non agonistica.

Data

Lecco, _____

Firma
