

Al Coordinatore delle Attività  
Didattiche ed Educative  
Liceo Linguistico Courmayeur  
11013 Courmayeur (AO)

**Oggetto: « permesso visita medica».**

  1   sottoscritt \_\_\_\_\_ chiede  
di poter usufruire di un permesso di ore \_\_\_\_\_ nel seguente giorno  
\_\_\_\_\_ ai sottoindicati orari :

ora \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

ora \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

ora \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

ora \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

ora \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

Per i visita medica.

Allegherà certificato medico.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

Visto :           Il Coordinatore delle Attività  
                    Didattiche ed Educative  
                    Prof. Franco Cossard