

## 10) EXENCIÓN MÉDICA PARA LA NO REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE PISCINA

<b>ALUMNO/A</b>	
<b>FECHA</b>	

<b>PADRE / MADRE TUTOR/A LEGAL</b>		<b>DNI</b>	
<b>PADRE / MADRE TUTOR/A LEGAL</b>		<b>DNI</b>	

Informamos que nuestro/a hijo/a o tutelado/a (táchese lo que no proceda) no puede realizar la actividad obligatoria de piscina por motivos de salud, para ello adjuntamos el correspondiente justificante médico.

Entrego justificante médico.

FIRMA:(padre, madre, tutor legal)
-----------------------------------

.....  
 (Nombre y apellidos del padre, madre o tutor/a)

FIRMA:(padre, madre, tutor legal)
-----------------------------------

.....  
 (Nombre y apellidos del padre, madre o tutor/a)