



JUSTIFICACIÓN PARA NO REALIZAR DETERMINADAS ACTIVIDADES FÍSICAS EN LA ASIGNATURA DE EDUCACIÓN FÍSICA.

Si su hijo/a padece alguna enfermedad o dificultad para la realización de actividades físicas en las clases de educación física, rellene los siguientes apartados. Tenga en cuenta que **ES IMPRESCINDIBLE APORTAR INFORME MÉDICO QUE JUSTIFIQUE TAL CONDICIÓN.**

Yo (nombre del padre/madre/tutor/a legal del alumno/a): _____

con DNI: _____ quiero hacer constar que mi hijo/a: _____

del curso (indique curso y etapa) _____ padece la siguiente enfermedad o dificultad para la realización de determinadas actividades físicas:

POR FAVOR, DESCRIBA BREVEMENTE EN EL SIGUIENTE RECUADRO EL MOTIVO POR EL QUE NO PUEDE REALIZAR LAS ACTIVIDADES FÍSICAS:

POR FAVOR, DESCRIBA BREVEMENTE EN EL SIGUIENTE RECUADRO EL TIPO DE ACTIVIDADES FÍSICAS QUE NO PUEDE REALIZAR:

Fecha y firma del padre/madre/tutor/a legal del alumno/a: