

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo di
PORLEZZA

__l__ sottoscritt _____
madre/padre dell'alunn _____ nat __
a _____ il _____, frequentante la
classe ____ sez. ____ di questa scuola

chiede

che __l__ propri__ figli__ venga esonerat__ totalmente/parzialmente (indicare il tipo di esonero)
dalle lezioni di Scienze motorie * dal _____ al _____
perchè affett__ da _____
come risulta da certificato medico allegato, redatto dal Dott. _____ .

Data _____

In fede

* La frequenza delle ore di Scienze motorie è in ogni caso obbligatoria.