

Al Dirigente Scolastico
Liceo *Lucio Piccolo*
Capo d'Orlando

RICHIESTA ESONERO SCIENZE MOTORIE

Il/la sottoscritto/a _____

☐ padre / ☐ madre / ☐ facente funzione genitoriale / ☐ studente maggiorenne

dello/a studente/essa _____ frequentante la classe _____ Sez. _____

nell'anno scolastico _____ / _____

CHIEDE

che venga esonerato/a dalle lezioni di Scienze motorie

☐ per tutto l'Anno Scolastico in corso

☐ per n. mesi _____ - dal _____ al _____

☐ per n. giorni _____ - dal _____ al _____

Allega alla presente certificato medico.

Data, _____

Firma