

DOMANDA PER ESONERO SCIENZE MOTORIE

Il/La sottoscritto/a genitore dell'alunno/a _____

nato a _____ il ____/____/____ frequentante la cl. ____ sez. ____

nel corrente a.s. ____/____

CHIEDE

per il/la figlio/a la concessione di esonero dalle lezioni di Scienze motorie per il periodo:

dal ____/____/____ al ____/____/____

DICHIARA inoltre che tale esonero è: PARZIALE ☐ TOTALE ☐

A tal fine allega documentazione medica rilasciata dal Dott. _____

____/____/____
data

firma

Il/La sottoscritto/a _____ docente di Scienze motorie

della classe ____ sez. ____ dichiara di aver preso visione della suddetta richiesta di esonero.

____/____/____
data

firma

→La presente richiesta, corredata dal certificato medico in originale e completa della firma per presa visione del/la docente di Scienze motorie dell'alunno/a, deve essere presentata alla segreteria didattica che provvederà all'inoltro per l'autorizzazione al Dirigente Scolastico.

SI CONCEDE

Data ____/____/____

Il Dirigente Scolastico
Andrea Orsi