

Il sottoscritto/a

genitore dell'alunno

frequentante la classe sez

nel corrente anno scolastico, chiede l'esonero dalle lezioni pratiche di scienze motorie per il periodo:

di giorni dal al

mesi dal al

per tutto l'anno scolastico

In fede _____

Ladispoli,

Si allega CERTIFICATO MEDICO

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTA *la certificazione medica prodotta*

DECRETA

Che l'alunno/a classe sez

E' esonerato dalle attività di scienze motorie per il periodo:

di giorni dal al

mesi dal al

per tutto l'anno scolastico

Ladispoli,

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Fabia Baldi

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ex art.3,c.2, del D.Lgs n. 39/1993