

RICHIESTA ESONERO SCIENZE MOTORIE

Al Dirigente Scolastico

Liceo Meli

Palermo

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 del medico.

Data, _____

Firma
