

RICHIESTA LIMITAZIONI ATTIVITÀ DI 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

con riferimento alle attività pratiche di Scienze motorie che siano adottate le limitazioni nelle attività svolte come da certificazione medica allegata.

Data, _____

Firma
