

# 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

-----