

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "G. Mazzini"
ERICE

Oggetto: DOMANDA DI ESONERO DALLE ATTIVITA' PRATICHE DI ATTIVITA' MOTORIA

Il sottoscritto _____
Genitore dell'alunno _____
frequentante la classe _____ sez. _____ del plesso _____

CHIEDE

che al proprio figlio/a sia accordato l'esonero parziale temporaneo/annuale dalle attività pratiche di attività motoria per motivi di salute
(periodo: dal _____ al _____ gg . _____ mm. _____).

Allega certificato medico.

Data _____ Firma _____

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

VISTO : _____ SI CONCEDE

Il Dirigente Scolastico