

Al Dirigente Scolastico
Liceo Scientifico "Antonio Pacinotti"
Cagliari

RICHIESTA ESONERO
ATTIVITÀ PRATICHE DI SCIENZE MOTORIE

Il/La sottoscritto/a _____

padre/madre/facente funzione genitoriale dell'alunno/a
(cancellare le voci che non interessano)

_____ frequentante la
classe ____ Sez. ____ nell'Anno Scolastico 20____ / ____

RICHIEDE

L'esonero dalle attività pratiche di Scienze motorie a partire dal ____ / ____ / 20____
fino a tutto il ____ / ____ / 20____ per comprovati motivi di salute.

Si allega certificazione medica

Cagliari, ____ / ____ / 20____

Firma
