

Al Dirigente Scolastico
Liceo Scientifico "Antonio Pacinotti"
Cagliari

RICHIESTA LIMITAZIONI
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

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

Cagliari, ____ / ____ / 20____

Firma
