

Spazio riservato all'ufficio:	
Ricevuto in data: _____	Protocollo n. _____ del _____
Annotazioni: _____	

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IT "Saffi/Alberti"
Via F. Turati 5
44121 Forlì (FC)**

Oggetto: Richiesta Esonero dalle Lezioni Pratiche di Scienze Motorie

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di genitore/tutore
dell'alunno/a _____ nato/a a _____ (____)
il _____ ed iscritto/a per l'a.s. 20____/20____ alla classe _____ sezione _____
indirizzo email per le comunicazioni _____
recapito telefonico _____

CHIEDE

per il/la proprio/a figlio/a l'esonero dalle lezioni pratiche di Scienze Motorie

dal _____ al _____ per un totale di gg _____

per tutto l'a.s. 20____/20____

Si allega alla presente Certificato Medico

Forlì (FC), li _____

Firma del Genitore

Spazio riservato all'ufficio:
Visto in data: _____
IL DOCENTE DI SCIENZE MOTORIE:

Spazio riservato all'ufficio:
Visto in data: _____
Si concede
IL DIRIGENTE SCOLASTICO:

Annotazione: l'esonero viene concesso, LIMITATAMENTE ALLE SOLE LEZIONI PRATICHE