

Al Dirigente scolastico del
Liceo Statale L. GALILEI
Verona

Oggetto: Domanda di esonero dalle lezioni di Scienze motorie

Il/La sottoscritto/a _____,
genitore dell'alunno/a _____,
frequentante la classe ____ sez. _____

CHIEDE

che il/la proprio/a figlio/a possa ottenere l'esonero totale da tutte le esercitazioni pratiche di Scienze motorie

- per intero anno scolastico
- temporaneo per il periodo dal _____ al _____

Docente di Scienze motorie: prof. _____

In allegato la certificazione medica.

Firma

Data _____