Il sottoscritto/a ……………………………………………………………………………………...

genitore dell’alunno/a …………………………………………..della classe ………SEZ.…………

CHIEDE l’esonero:

* totale permanente;

🞏 totale temporaneo per mesi:………………..;

🞏 parziale permanente;

🞏 parziale temporaneo per mesi:……………..;

dalle lezioni di Scienze Motorie e Sportive , per l’anno scolastico \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ per il proprio figlio/a, per il seguente motivo:

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

Si allega certificato medico.

Mira, li\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(firma del richiedente)*

\*\*\*

VISTO: L’insegnante di Scienze Motorie e Sportive: ……………………….

VISTO SI CONCEDE

DAL………… AL……………

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**Dott. Paolo PAROLINI**