**RICHIESTA DI ESONERO DALLE LEZIONI PRATICHE DI SCIENZE MOTORIE**

Al Dirigente Scolastico

dell'I.I.S. “G. CAPELLINI - N. SAURO”

LA SPEZIA

\_\_l/\_\_\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

genitore dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

Classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

che l’alunno/a venga esonerato/a dalle lezioni PRATICHE di Scienze Motorie come da certificato medico allegato per: (barrare l'opzione desiderata)

⃞ l’intero anno scolastico

⃞ il periodo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

…l… sottoscritt… è consapevole del fatto che lo studente è comunque tenuto a frequentare le lezioni, a partecipare attivamente alle stesse e a svolgere le verifiche richieste come da normativa vigente.

Allegato: certificazione medica.

La Spezia, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

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