Al Dirigente Scolastico Liceo Classico G.Carducci

Nola

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_genitore/tutore dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante nell’anno scolastico 20 /20 la classe sez…………..

**CHIEDE**

l’esonero dalle attività pratiche di Scienze Motorie e Sportive (Docente prof./prof.ssa …………….) per l’anno scolastico ………………. di tipo:

TOTALE

PARZIALE \* con esclusione degli esercizi che comportino:

PERMANENTE

TEMPORANEO dal………. al ………...

con la seguente motivazione

Si allega documentazione medica:

N.B. Il presente modulo deve essere compilato e restituito agli Uffici di Segreteria unitamente alla **certificazione medica.**

Nola,

Firma del genitore

|  |
| --- |
| [] Si concede [] Non si concede  Annotazioni: …………………………………  **IL DIRIGENTE SCOLASTICO** |
|  |
| Riservato all’Ufficio di Segreteria  Consegnato, in copia, al Docente prof./prof.ssa  ……………………………………………………  Nola,……………………… Firma del docente  p.r.…………………………………………… |