

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DEL LICEO SCIENTIFICO STATALE  
"A. PACINOTTI"  
VIA LIGURIA, 9  
09127 CAGLIARI

**Oggetto: Esonero Educazione Fisica.**

\_\_ I \_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_  
alunn\_\_ maggiorenne  - madre  - padre  dell'alunn\_\_  
\_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, si è iscritt\_\_ e frequenta la classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_ per  
l'Anno Scolastico \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

\_\_ I \_\_ sottoscritt\_\_ chiede le venga esonerat\_\_ dalle lezioni di Educazione fisica:

per tutto l'Anno Scolastico in corso;

per n° \_\_\_\_ mesi - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

per n° \_\_\_\_ giorni - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

Allega alla presenza certificato medico del medico scolastico

Con osservanza

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_