

# RICHIESTA ESONERO SCIENZE MOTORIE

---

Al Dirigente Scolastico  
Liceo Scientifico "Antonio Pacinotti"  
Cagliari

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

padre /  madre /  facente funzione genitoriale /  alunno maggiorenne

dell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_ nell'anno scolastico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## CHIEDE

che venga esonerato/a dalle lezioni di Scienze motorie

per tutto l'Anno Scolastico in corso

per n. mesi \_\_\_\_\_ - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

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

Allega alla presente certificato del medico scolastico.

Data, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_