

# RICHIESTA LIMITAZIONI ATTIVITÀ DI 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

con riferimento alle attività pratiche di Scienze motorie che siano adottate le limitazioni nelle attività svolte come da certificazione medica allegata.

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

Firma

\_\_\_\_\_