

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
