

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO DI
LIVIGNO
S E D E

Oggetto: richiesta esonero dalle lezioni di Scienze Motorie.

_____ sottoscritt _____

padre/madre dell'alunn _____

frequentante la classe _____ sez. _____ di codesta

- Scuola Primaria Plesso _____
- Scuola Secondaria di Primo grado

C H I E D E

che ___ propri ___ figli ___ venga esonerat ___ dalle lezioni di Scienze Motorie

- per il seguente periodo: dal _____ al _____
- per l'intero anno scolastico ____ / ____.

All'uopo allega il certificato medico rilasciato dal _____

Livigno, lì _____

In fede

(Firma del genitore)