

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
STATALE DI GALLIO

Prof.ssa Carmela MANCUSO

OGGETTO: richiesta di esonero attività di Educazione Fisica / Scienze motorie

Il/La sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a
_____ frequentante la classe _____ sez. ____ della
scuola primaria/secondaria di _____

CHIEDE

che il proprio/a figlio/a venga esonerato/a dal _____ al _____
dallo svolgere l'attività di Educazione Fisica / Scienze motorie, come da allegato certificato
medico.

Data _____

firma _____

VISTO, SI CONCEDE
IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Carmela MANCUSO