Al Dirigente Scolastico

Liceo “A.Labriola”

Roma

# OGGETTO: Richiesta Esonero dalle lezioni di Scienze Motorie

l sottoscritt

genitore dell’alunn

nat a in Via

frequentante la classe sez. anno scolastico

della scuola primaria/secondaria I grado

# CHIEDE L’ESONERO DALLE LEZIONI PRATICHE DI SCIENZE MOTORIE

 **PARZIALE**

# TOTALE

* **per il periodo** dal / / al / /

# per l’intero anno scolastico

per il proprio figlio / figlia come risulta da certificazione medica allegata.

Allego alla presente:

# Certificato medico

* **Altro certificato**

Roma,

FIRMA DEL GENITORE

*Segnare con X la casella corrispondente al tipo e alla durata dell’esonero richiesto.*