

 **Al Dirigente Scolastico**

 **dell'IIS “T. Confalonieri”**

**Campagna (SA)**

**RICHIESTA DI ESONERO DALLE ATTIVITA’ PRATICHE DI SCIENZE MOTORIE**

Il/La sottoscritt \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

genitore dell’alunno/a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_

C H I E D E

l’esonero dalle attività pratiche di Scienze Motorie del\_\_ propri\_\_ figli\_\_ per giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ come dichiarato dal certificato medico allegato.

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Firma**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**