

OGGETTO: MODULO RICHIESTA ESONERO DALLE ATTIVITÀ PRATICHE DI SCIENZE MOTORIE.

I sottoscritti _____ genitori/tutore legali dello/a studente/essa
_____ frequentante la classe _____
dell'indirizzo _____

Il/La sottoscritto/a _____ studente/essa maggiorenne della classe
_____ dell'indirizzo _____

CHIEDE

l'esonero ☐ TOTALE ☐ PARZIALE

☐ TEMPORANEO dal _____ al _____

☐ PER L'INTERO ANNO SCOLASTICO 2026/27

dalle attività pratiche di Scienze Motorie per i seguenti motivi di salute:

A tal fine allega certificato medico.

_____, _____

FIRMA DEI GENITORI/TUTORI LEGALI

Visto del docente di Scienze Motorie: _____

Visto del Dirigente Scolastico _____