## Allegare il certificato medico dal quale risulti il periodo di inabilità all'attività di educazione fisica.

Al Dirigente Scolastico Istituto Comprensivo "G. Verga" Via Verga,1 92024 Canicattì

## OGGETTO: DOMANDA DI ESONERO DALLE LEZIONI DI SCIENZE MOTORIE

Il/La sottoscritto/a	, GENITORE dello studente
, nato/a	il
della classe/sez	
CHIEDE	
che venga concesso l'esonero parziale 🔲 totale 🔲 dalle lezio al come da certificato medico allegato.	ni di Attività motoria dal
,lì	
Firma	