

Al
DIRIGENTE SCOLASTICO
Liceo Scientifico
"Galileo Galilei"
TRENTO

Il
sottoscritto _____ genitore
dello studente _____ iscritto per il corrente anno
scolastico _____ alla classe _____ di questo Istituto,

C H I E D E

che il proprio figlio venga esonerato dalle lezioni

- da alcune attività pratiche
- da tutte le attività pratiche
di Scienze Motorie

dal _____ al _____

Per i motivi esposti nell'allegato certificato medico.

(data)

(firma)

VISTO
si autorizza:

LA DIRIGENTE SCOLASTICO
(Dott.ssa Tiziana Gulli)



FIRMA PER PRESA VISIONE
da parte del docente
