**Al Dirigente Scolastica**

**ISTITUTO COMPRENSIVO**

**Como Nord**

# Oggetto: richiesta di esonero scienze motorie

 l sottoscritt ,

genitori dell’alunn ,

nato/a a

iscritto/a alla Classe della Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Primaria
* Secondaria di 1° Grado

per l’Anno Scolastico 20 / 20

# CHIEDE

Che il proprio figlio venga esonerato totalmente o parzialmente (indicare il tipo di esonero)

dalle lezioni di scienze motorie dal \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

**Si allega certificato medico**

**Como, \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**

 Firma Genitore

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_