

Al Dirigente Scolastico
Istituto Tecnico Economico Statale
"LUIGI EINAUDI"

Al/Alla prof./ssa _____
di Scienze Motorie

Il sottoscritto _____
genitore dell'alunno/a _____ classe _____ sez. _____
chiede l'esonero del proprio figlio/a dalle attività di Scienze Motorie
dal _____ al _____ come da allegato certificato medico.

Verona, _____

Firma

Da presentare in Segreteria didattica qualora l'esonero dalle lezioni sia uguale o superiore a 20 giorni.

Nel caso di esonero inferiore ai 20 giorni, il certificato medico deve essere consegnato all'insegnante.