

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
"ANTONIO DE CURTIS"
AVERSA –CE-

Oggetto: Esonero parziale/totale dalle lezioni di Scienze Motorie e Sportive

I sottoscritti _____

Genitori dell'alunno/a _____
della classe _____ sez _____ della scuola dell'INFANZIA/PRIMARIA/MEDIE I GRADO

CHIEDONO

l'esonero parziale/totale dalle lezioni di Scienze Motorie per l'a.s. _____,
come da certificato medico allegato.

Aversa, _____

In fede

All.to: Copia documento di riconoscimento dei genitori.

- ☐ si concede
- ☐ non si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Adele Cerullo