

Al Dirigente Scolastico
I.T.C. "ABBA-BALLINI"
Via Tirandi, 3
BRESCIA

OGGETTO: richiesta esonero dalle attività di Scienze Motorie

Anno scolastico _____

Il/La sottoscritto/a _____

genitore dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____

CHIEDE L'ESONERO

Totale

Parziale

Per il seguente periodo _____

dalle attività di Scienze Motorie come risulta dalla documentazione allegata.

(allegare certificato medico)

Brescia, li _____

FIRMA
