

Al D.S. Liceo S. "E. FERMI"

BARI

Il /La sottoscritto/a _____ ☐ Padre ☐ Madre
dello/a studente/ssa _____ della classe _____ sez. ____ a.s. 20____/20____

CHIEDE

Che il/la proprio/a figlio/a sia **esonerato/a** dalla pratica di **Scienze Motorie** per:

☐ n° _____ giorni

☐ per tutto l'a.s. 201____/201____.

a partire dal giorno ____/____/201____ come da certificato medico allegato.

Bari, ____/____/201____

Firmato

VISTO

☐ **si autorizza** ☐ **non si autorizza**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(Prof.ssa Giovanna GRISETA)