

**Al Dirigente Scolastico
del Liceo Scientifico Classico
Marconi-Delpino
Chiavari**

OGGETTO: Richiesta esonero totale dalle lezioni di Scienze Motorie.

Il sottoscritto _____

nato/a a _____

il _____ residente a _____

Via _____ telefono _____

Classe:	Sezione:	Corso:	Scientifico	Classico	Sc. Umane	Les
					A.S.	

C H I E D E

di essere esonerato dalle lezioni di Scienze Motorie per motivi di salute, dalla data odierna fino al termine del corrente anno scolastico _____.

Allega certificato medico .

Dichiara di essere al corrente che l'esonero dalle lezioni di Scienze Motorie prevede comunque, salvo precisa autorizzazione del Dirigente Scolastico, la presenza in palestra.

Chiavari, _____

firma dell'allievo

firma di chi esercita la podestà

firma di chi esercita la podestà