

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.I.S.S. "CARNARO-MARCONI-FLACCO-
BELLUZZI"

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____
PADRE / MADRE DELL'ALUNNO _____ NATO
A _____ IL _____ FREQUENTANTE LA
CLASSE _____ SEZ _____ CORSO _____

CHIEDE

CHE IL PROPRIO FIGLIO/A SIA ESONERATO/A DALL'INSEGNAMENTO DI SCIENZE
MOTORIE DAL _____ AL _____

ALLEGA ALLA PRESENTE RICHIESTA CERTIFICATO MEDICO

BRINDISI _____

IN FEDE

Nome docente Scienze Motorie _____