

Spett.  
**DIRIGENTE SCOLASTICO**

*Istituto Tecnico Giannone Masi*  
*Via L. Sbano,5 -Foggia*

**Oggetto:** Richiesta esonero dall'attività pratica di Scienze Motorie.

\_\_l\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_  
genitore/tutore dell'alunn \_\_\_\_\_ nat \_\_ a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, frequentante  
la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'esonero dall'attività pratica di scienze motorie

Allega certificato medico.

Foggia, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_