

Al docente di **scienze motorie**
del Istituto d'Istruzione di 2° Grado
Bressanone
SEDE

Oggetto: Esonero parziale dalle lezioni di scienze motorie

L'alunna/o

nata/o a

data di nascita

frequentante la classe

indirizzo

CHIEDE con la presente l'esonero parziale dalle lezioni di Scienze motorie

fino al

e allega **copia dal certificato medico**.

Si chiede al docente di valutare, in base alla diagnosi indicata nel certificato medico, l'impedimento da qualsiasi attività **o** solo da determinati esercizi.

IL TUTORE/LA TUTRICE

Data: