

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
LICEO DI STATO G. BAGATTA
DESENZANO D/G

Il sottoscritto , genitore dello/a
alunno/a , frequentante nel corrente anno scolastico
la classe sezione indirizzo ,
docente di scienze motorie prof./prof.ssa ,

C H I E D E

che il/la proprio/a figlio/a possa ottenere l'esonero

totale da tutte le esercitazioni pratiche di scienze motorie fino al termine delle attività
didattiche

totale temporaneo, dal al , dalle lezioni pratiche di
scienze motorie

parziale, dalle seguenti esercitazioni:
(cfr. certificato medico) *fino al termine delle attività didattiche*

parziale, dalle seguenti esercitazioni:
(cfr. certificato medico) dal al

Sono consapevole che l'esonero comporta solo l'astensione dalle attività motorie e non esime
l'alunno/a dal partecipare alle lezioni di scienze motorie e sportive con compiti di arbitraggio
e in generale di collaborazione con il docente; la valutazione sarà orale e verterà sui contenuti
teorici e culturali della disciplina.

Allego certificato medico (anche in formato digitale) precisante durata e motivo dell'esonero.

Data

Firma del Genitore

VISTO : SI CONCEDE IL PERMESSO DI CUI SOPRA

Il Dirigente Scolastico
Prof. Francesco Mulas