

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. Marco Tarolli