

Al Dirigente Scolastico  
2° Istituto Comprensivo "A. Volta"  
Via Colombo, 30  
96014 Floridia (SR)

**Oggetto: richiesta di esonero dalle lezioni di scienze motorie e sportive**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

frequentante nell'a.s. \_\_\_\_\_ la classe \_\_\_\_\_ della sezione \_\_\_\_\_

della scuola:

- dell'infanzia
- primaria
- secondaria**

**CHIEDE**

che il/la proprio/a figlio/a venga esonerato/a dalle lezioni di scienze motorie e sportive dal \_\_\_\_\_

al \_\_\_\_\_ a causa di \_\_\_\_\_.

Allega alla presente certificato medico.

Firma del genitore

Data \_\_\_\_\_