

Il/La sottoscritto/a _____

Genitore dello/a studente/ssa _____

Iscritto alla classe _____ nell'a.s. _____

C h i e d e

Per il/la proprio/a figlio/a **I'ESONERO DALLE LEZIONI DI EDUCAZIONE FISICA** per i motivi specificati nell'allegato certificato medico

- Per il periodo dal _____ al _____
 Intero anno scolastico

Data _____

_____ Firma del Genitore

Si allega certificato medico

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO SCOLASTICO



LICEO ARTISTICO "G. ROMANO" DI MANTOVA CON SEDE ASSOCIATA LICEO ARTISTICO "A. DAL PRATO" DI GUIDIZZOLO	
Sede di Mantova-Liceo Artistico "Giulio Romano" Via Trieste, 48 ☎ 0376/323389-320670 ☎ fax 0376/222319 email NON certificata: isartemn@tin.it	Sede di Guidizzolo - Liceo Artistico "Alessandro Dal Prato" - Via Roma, 2 - ☎ 0376/819023 ☎ 0376/818646 ✉ isaguidizzolo@virgilio.it
email istituzion.: mnsi010001@istruzione.it - email certificata: mnsi010001@pec.istruzione.it Web: www.isamantova.gov.it	

Prot. n.

Del

Al fascicolo personale
Al docente di Scienze Motorie e Sportive
Prof. _____

Il Dirigente Scolastico

Visto l'art. 303 del D.L. 16/04/94 n. 297

Vista la richiesta dei Genitori dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ di questa scuola

Visto il certificato medico rilasciato in data _____

D I S P O N E

L'esonero dalle esercitazioni pratiche di educazione motoria dello studente

- Per il periodo dal _____ al _____
 Intero anno scolastico

Mantova , _____

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Alida Irene Ferrari