

**Al Dirigente Scolastico  
ISTITUTO TECNICO TECNOLOGICO  
“G. e M. Montani”  
63900 - F E R M O**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
frequentante nell'a.s. \_\_\_\_\_ la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'esonero  parziale  totale dalle attività pratiche di Scienze Motorie per il periodo:

- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- per tutto l'anno scolastico.

Si allega certificato medico.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_