

	ISTITUTO LEONE XIII	RICHIESTA ESONERO DA SCIENZE MOTORIE E SPORTIVE	MOD. SD4
			Rev. 02/2025

Al Coordinatore Didattico

della Scuola

(*indicare plesso*) dell'Istituto Leone XIII

I sottoscritti, genitori di

(*cognome e nome dell'alunno/a in stampatello*)

nato/a a

il

della classe

sez.

chiedono

che allo stesso venga concesso l'esonero

TOTALE

PARZIALE

dalle lezioni di SCIENZE MOTORIE E SPORTIVE

del docente (*inserire il nome dell'insegnante*)

per i motivi specificati nel Certificato Medico in allegato.

Milano,

Firma dei genitori

Risultato della visita medica di controllo e parere del Medico di Istituto:

Milano,

Il Medico Scolastico

Prot. n°

IL COORDINATORE DIDATTICO, VISTO QUANTO RICHIESTO DALLA FAMIGLIA DELL'ALUNNO E VISTO IL PARERE DEL MEDICO SCOLASTICO, **CONCEDE** IL REGOLARE ESONERO RICHIESTO

Milano,

Il Coordinatore Didattico

V I S T O: Il PROF./La PROF.SSA DI SCIENZE MOTORIE E SPORTIVE

*** Il presente modulo completato in ogni sua parte deve essere depositato in INFERMERIA.