

**Al Dirigente Scolastico
dell'ITCS "Lucio Lombardo Radice"
Piazza Ettore Viola, 6 – 00173 Roma**

Il/La sottoscritt _____,
genitore dell'alunn _____ (OPPURE L'ALUNNO MAGGIORENNE) _____,
che è nat _____ a _____ il _____,
frequentante la classe _____ sez. _____, nell'A. S. 20 _____ /20 _____

C H I E D E

che l'alunno/a suddetto sia **esonero/a dalla pratica di Scienze Motorie** (Educazione Fisica)
per il periodo dal _____ al _____ per la seguente
motivazione: _____

_____ ,
ferma restando la partecipazione alle lezioni teoriche.

1. Allegati alla presente: certificato medico;
2. _____
3. _____

Roma, _____

F I R M A

(leggibile)

RECAPITO TEL.: _____