

Istituto Comprensivo di Lodi Vecchio		
Prot. N°	_____	
Cat.	Classe	Fasc.

**Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo  
Via Cavour, 4  
LODI VECCHIO**

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

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

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

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

nella scuola  dell'infanzia  primaria  secondaria di Lodi Vecchio

**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

Lodi Vecchio, \_\_\_\_\_