

Al Dirigente Scolastico  
Istituto d'Istruzione Superiore  
"Il Tagliamento"  
Spilimbergo

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ genitore  
dell'allievo/a \_\_\_\_\_, nato/a  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_,

chiede che al proprio figlio/a venga concesso l'esonero:

PARZIALE

TOTALE

dalle lezioni di scienze motorie e sportive fino al giorno \_\_\_\_\_ per motivo:  
vedi certificato medico allegato.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma)