

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.I.S. "PAOLO BAFFI" – FIUMICINO

Il sottoscritto _____ (Tel. _____)

Genitore dell'alunno _____

Della classe _____ a.s. _____

CHIEDE:

l'esonero parziale/totale dalle lezioni di Scienze Motorie per l'a.s. _____, come da certificato medico allegato.

Fiumicino, _____

(Firma del genitore o studente maggiorenne)