



**RICHIESTA ESONERO
SCIENZE MOTORIE**

Via Vescovo Maurizio, 73/75
Tel. 095/6136345
95126 - Catania
Cod. Mecc. CTPS040009
www.liceogalileicatania.edu.it
email CTPS040009@istruzione.it

Al Dirigente Scolastico
del Liceo Scientifico
"Galileo Galilei"
CATANIA

In riferimento al certificato medico, presentato in data _____

___l___ sottoscritt___ _____

genitore dell'alunn___ _____

della classe _____ sez _____

CHIEDE

per l'a.s. _____ / _____ **L'ESONERO** del proprio figlio dagli esercizi pratici

di Scienze Motorie **e non dalle lezioni teoriche**

Catania _____

Firma del genitore
