



MINISTERO DELL' ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA', DELLA RICERCA  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

*I. C. "Leonardo da Vinci"*

Viale della Grande Muraglia, 37 – Via Lione- 00144 Roma  
Tel. Fax 06. 52209322 - 06. 5296334 – e-mail: rmic8bz00c@istruzione.it  
XX Distretto - C. M. RMIC8BZ00C

**Oggetto: richiesta esonero dalle lezioni di Scienze Motorie.**

Il/la sottoscritt .....

padre/madre dell'alunn.....

frequentante la classe sez. \_\_\_\_\_ di codesta

Scuola Primaria Plesso \_\_\_\_\_

Scuola Secondaria di Primo grado

### CHIEDE

che il/la propri\_\_\_ figli\_\_\_ venga esonerat dalle lezioni pratiche di Scienze

Motorie

per il seguente periodo: dal .....al .....

per l'intero anno scolastico \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

All'uopo allega il certificato medico rilasciato dal .....

Roma .....

In fede  
(Firma del genitore)