

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

**Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo
Piazza San Giovanni da Lodi Antica, 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, _____

"Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori."