

LICEO STATALE

Filippo Juvarra



Via B. Buozzi, 16 10078 **VENARIA REALE TO**

e-mail: tops3000g@istruzione.it - tel. 011.4528203 – 4525760 - COD: TOPS30000G – CF: 97642200014

RICHIESTA DI ESONERO DALLE LEZIONI DI SCIENZE MOTORIE

Al Dirigente Scolastico
del Liceo Scientifico Statale c/ann. sez. classica
“Filippo Juvarra” - Venaria Reale

Il/La sottoscritto/a _____

genitore dell'allievo/a _____

iscritto nella classe _____ sez. _____,

chiede che il proprio figlio sia esonerato dalle lezioni di Scienze Motorie con esonero:

◇ **parziale** (solo da alcune attività fisiche, ved. All. 1)

◇ **totale** (da tutte le attività fisiche)

L'esonero viene richiesto:

◇ dalla data odierna al termine dell'anno scolastico

◇ dalla data odierna al _____

Venaria Reale, _____

In relazione alla richiesta di esonero si precisa quanto segue:

1. In base alla normativa vigente anche in caso di esonero l'allievo è tenuto alla frequenza delle lezioni.
2. Qualora il genitore, in caso di esonero totale, desideri che l'allievo/a non frequenti le lezioni, deve presentare una apposita richiesta, **indicandone i motivi**, alla Presidenza.

Firma del Genitore

VISTO: SI AUTORIZZA/NON SI AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Luigina CASTAGNERO

LICEO STATALE Filippo Juvarra



Via B. Buozi, 16 10078 VENARIA REALE TO

e-mail: tops3000g@istruzione.it - tel. 011.4528203 – 4525760 - COD: TOPS30000G – CF: 97642200014

Al Dirigente Scolastico
del Liceo Scientifico Statale c/ann. sez. classica
“Filippo Juvarra” - Venaria Reale

All.1 (a cura del Medico curante)

RICHIESTA DI ESONERO PARZIALE DALLE LEZIONI DI SCIENZE MOTORIE

Il/La sottoscritto/a _____

Medico curante dello studente _____

frequentante la classe _____ nell'anno scolastico 20____20_____

CHIEDE

che sia concesso all'assistito/a l'esonero parziale dalle lezioni di scienze motorie, con le seguenti modalità:

Dalla data odierna al _____

Indicare solo una delle due voci:

Quali attività l'allievo **non può** svolgere:

Ovvero quale attività l'allievo **può** svolgere:

Allega altra documentazione medica (visita ospedaliera, certificazione specialistica di struttura pubblica, certificazione del medico legale, dichiarazione del Centro di Medicina Sportiva o altra documentazione da concordare).

Firma del Medico curante

Venaria Reale, _____

VISTO: SI AUTORIZZA/NON SI AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Luigina CASTAGNERO
