

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. " W.A.Mozart"
V.le di Castel Porziano, 516
00124 ROMA

Oggetto: Presentazione certificato medico per esonero per scienze motorie

La/ Il sottoscritto/o Genitore dell' alunno/a
.....nato/a il.....a
.....della classe.....

Con la presente allego certificazione medica per richiedere l'esonero dalla lezione di scienze
motorie per il periodo dalal.....

Roma, _____

In fede
