

# Istituto Comprensivo "NOSSIDE - PYTHAGORAS"



Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado Statale

Via Salita Aeroporto, s.n.c. - 89131 Reggio Calabria - Tel. e fax: 0965/643271

Cod. Ministeriale: **RCIC86900V** - Cod. Fisc.: **92081130806** - Cod. Fatturazione Elettronica: **UFUMT3**

Peo: [rcic86900v@istruzione.it](mailto:rcic86900v@istruzione.it) - Pec: [rcic86900v@pec.istruzione.it](mailto:rcic86900v@pec.istruzione.it) - Sito Web: [www.nossidepythagoras.it](http://www.nossidepythagoras.it)



ISTITUTO COMPrensivo STATALE - "NOSSIDE - PYTHAGORAS"-REGGIO CALABRIA  
Prot. 0006568 del 20/09/2023  
V-8 (Uscita)

Reggio Calabria, lì 20/09/2023

**Alle famiglie degli alunni  
della scuola Primaria  
e della scuola Secondaria di primo grado**

**Al Sito web**

**OGGETTO: Esoneri dall'attività pratica di Educazione fisica, Educazione motoria, Scienze motorie e sportive – a.s. 2023/2024.**

Con riferimento all'attività pratica di Educazione fisica/Educazione motoria (scuola Primaria) e Scienze motorie e sportive scuola Secondaria di primo grado), richiamate integralmente la L. n. 88/1958, le Circolari Ministeriali n. 216 del 17/07/1987 e n. 1702/A2 del 6 giugno 1995, si precisa quanto segue:

- gli alunni che per transitori motivi di salute non possono partecipare attivamente alla lezione del giorno, porteranno opportunamente annotata sul libretto personale, fornito dalla scuola, una giustificazione a firma di uno dei genitori o degli esercenti la responsabilità genitoriale;
- in caso di impedimenti tali da giustificare l'esonero per periodi prolungati, ovvero per l'intero anno scolastico, dall'attività pratica si dovrà rivolgere formale richiesta al Dirigente Scolastico, previa presentazione di idonea certificazione, da allegarsi al relativo modello (Allegato).

In quest'ultimo caso l'esonero può essere parziale o totale, con durata temporanea o permanente; nello specifico:

- a) con l'esonero parziale: il medico dovrà specificare da quali attività l'alunno/a deve astenersi e per quanto tempo;
- b) con l'esonero totale: l'alunno/a non può svolgere alcuna attività fisica ed il medico deve specificare per quanto tempo.

In entrambi i casi gli alunni sono comunque obbligati a frequentare le lezioni in palestra.

La documentazione, debitamente firmata e corredata da opportuna certificazione medica rilasciata dal PLS/MMG ovvero da medici specialisti, dovrà essere depositata *brevi manu* agli uffici di segreteria in rigorosa osservanza degli orari già resi noti, debitamente chiusa all'interno di un plico riportante all'esterno "Esonero attività pratica di Educazione fisica (in alternativa precisare Educazione motoria per le classi quarte e quinte della scuola Primaria ovvero Scienze motorie e

sportive per la sola scuola Secondaria di primo grado) – *Nome/Cognome dell'alunno, ordine, classe e plesso di appartenenza*".

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**Ing. Giuseppe Martino**

Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ex art. 3, c. 2 D.Lgs. n. 39/1993

<b>OGGETTO: Esoneri dall'attività pratica di Educazione fisica, Educazione motoria, Scienze motorie e sportive – a.s. 2023/2024.</b>
--

Il/La sottoscritto/a NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_

in qualità di:  genitore/i  esercente la responsabilità genitoriale

dell'alunno/a NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ ordine \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

che venga riconosciuto l'esonero:

parziale (vedasi certificazione medica allegata)  totale

permanente  temporaneo (specificare sino a quando \_\_\_\_\_)

dall'attività pratica di Educazione fisica/Scienze motorie/Scienze motorie e sportive, per i motivi di cui all'allegata certificazione medica.

Il/La sottoscritto/a ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 autorizza il trattamento dei dati personali.

Si allega alla presente:

- Copia/e del documento di identità in corso di validità del/i richiedenti;
- Certificazione medica.

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_