

**Al Dirigente Scolastico
dell' ITIS "Berenini"
FIDENZA**

___ I ___ sottoscritt _____
genitore dell'alunn _____
nato a _____ il _____
residente a _____ in Via _____
frequentante la classe _____ Spec. _____ di codesto Istituto,

CHIEDE

che ___ I ___ figli ___ sia esonerat__ **totalmente / parzialmente** dall'esercitazioni pratiche di Educazione Fisica:

- per tutto l'anno scolastico
- per _____ mesi:

Allega certificato medico attestante quanto dichiarato.

Fidenza, ___/___/20___

(firma)