



Ministero dell'istruzione e del merito



Istituto di Istruzione Superiore "Benedetto Castelli"

Istituto Tecnico Settore Tecnologico, Scuola in Ospedale

Via Cantore, 9 25128 Brescia tel. 030/3700267 fax 030/395206 e-mail segreteria@itiscastelli.it

cod. fiscale 80048510178 - cod. unico fatturazione UFE3MI - cod. ipa istsc_bsiso37004 - cod. mecc. BSIS037004

PEC: bsiso37004@pec.istruzione.it - SITO: www.iiscastelli.edu.it

Al Dirigente Scolastico
IIS "Benedetto Castelli" Brescia

__ sottoscritt _____ genitore dell'allievo _____
frequentante nel corrente anno scolastico la classe ___ sez. ___ di questo Istituto, con la
presente chiede che il proprio/a figlio/a venga esonerato/a dall'attività pratica della lezione
di Educazione Fisica con il docente _____ come da certificazione
medica allegata.

Si richiede di specificare se l'esonero è TOTALE oppure PARZIALE

Brescia, _____

FIRMA

Si allega certificato medico.