



ISTITUTO: \_\_\_\_\_

CLASSE: \_\_\_\_\_

REFERENTE SCOLASTICO: \_\_\_\_\_

DIRIGENTE SCOLASTICO: \_\_\_\_\_

	Nome	Cognome	Data di nascita
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Con la presente dichiaro che gli alunni presenti nella lista di cui sopra appartengono alla stessa classe e sono regolarmente iscritti all'istituto da me rappresentato e indicato nell'apposito campo. Contestualmente confermo che gli alunni inseriti nella lista hanno presentato l'apposito modulo di certificazione medica e che pertanto possono svolgere attività fisica non agonistica.

Il Dirigente Scolastico

DATA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_