

Puylobier le 20/03/23

Je soussignée, **Docteur BALL-CAILLON Marie-Claire**,  
atteste que

*Bourin Cléa*

- ☐ A été examiné à mon cabinet le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_
- ☐ Ne présente pas à ce jour d'affection contagieuse
- ☐ Est à jour de ses vaccinations obligatoires
- ☒ Ne peut pas se rendre *sa feuille* pendant *6* jours à compter du *16/03/23*
- ☐ Ne présente pas, à ce jour, de contre indication apparente à la pratique des sports suivants en compétition:
- ☐ Présente, à ce jour, un état de santé nécessitant la présence de sa mère, de son père à ses côtés pour la période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_
- ☐ Ne peut pas pratiquer le sport pendant une période de \_\_\_\_\_ à compter du \_\_\_\_\_
- ☐ Est apte à la vie en collectivité
- ☐ Est apte à la pratique du travail

Docteur BALL-CAILLON Marie-Claire  
131170771  
4 Rue de la Paix, 13114 Puylobier

Nombre de case cochée: *(1)*

