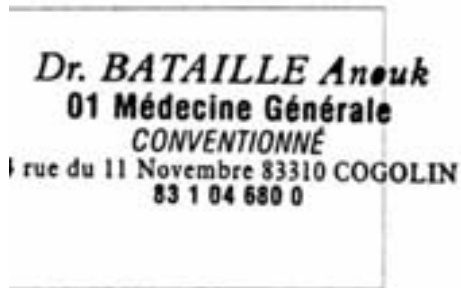


Arrêt d'école de 21 jours pour Margaux (page 1), Hugo (page 2, et Théo (page 3)

Certificats établis le lendemain du retour des enfants de chez leur père, - avant visite chez la psychologue et **2 jours avant** les révélation de Margaux à son «papy» et à la psychologue.



à COGOLIN

le 8/10/2007

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Docteur BATAILLE Anouk,
certifie que : ~~Mr, Mme~~, l'enfant ALONOT Margaux

Doit être dispensé d'éducation physique et sportive,
pendant _____ jours.

Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique
du sport suivant : _____

Ne présente actuellement aucun signe cliniquement décelable
d'affection contagieuse.

Est apte à la vie en collectivité.

Ne pourra fréquenter l'école pendant 21 jours jours
à compter du 8/10/07

Est malade. La présence de sa mère/son père est indispensable
auprès de lui pendant _____ jours, à compter du [] [] []

Présente un état de santé nécessitant un arrêt de travail
de _____ jours, à compter du [] [] [] inclus.

Signature :

Nombre de cases cochées

Dr. BATAILLE Anouk
01 Médecine Générale
CONVENTIONNÉ
4 rue du 11 Novembre 83310 COGOLIN
83 1 04 680 0

à COGOLIN

le 27/10/2007

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Docteur BATAILLE Anouk,
certifie que : ~~Mr, Mme~~, l'enfant NIENOT Hugo

Doit être dispensé d'éducation physique et sportive,
pendant _____ jours.

Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique
du sport suivant : _____

Ne présente actuellement aucun signe cliniquement décelable
d'affection contagieuse.

Est apte à la vie en collectivité.

Ne pourra fréquenter l'école pendant ^{uniquement en} 20 jours ^{per?}
à compter du 27/10

Est malade. La présence de sa mère/son père est indispensable
auprès de lui pendant _____ jours, à compter du [][]

Présente un état de santé nécessitant un arrêt de travail
de _____ jours, à compter du [][] inclus.

Signature : 

Nombre de cases cochées

Dr. BATAILLE Anouk
01 Médecine Générale
CONVENTIONNÉ
4 rue du 11 Novembre 83310 COGOLIN
83 1 04 680 0

à COGOLIN

le 8/10/2007

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Docteur BATAILLE Anouk,
certifie que : ~~Mr, Mme~~, l'enfant MIGNOT Théo

- Doit être dispensé d'éducation physique et sportive,
pendant _____ jours.
- Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique
du sport suivant : _____
- Ne présente actuellement aucun signe cliniquement décelable
d'affection contagieuse.

Est apte à la vie en collectivité.

Ne pourra fréquenter l'école pendant 10 jours plus
à compter du 8/10/07

Est malade. La présence de sa mère/son père est indispensable
auprès de lui pendant _____ jours, à compter du [][]

Présente un état de santé nécessitant un arrêt de travail
de _____ jours, à compter du [][] inclus.

Nombre de cases cochées

Signature :

