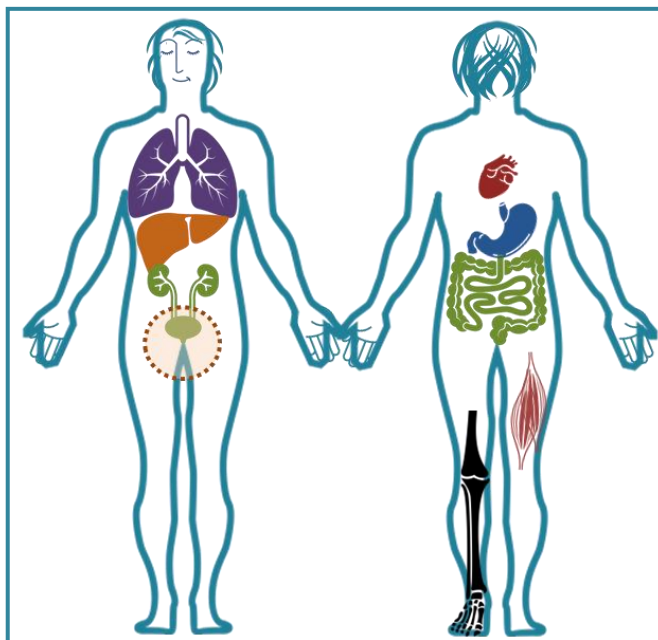


OUI	NON	Je ne sais pas

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
٠	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩
零	一	二	三	四	五	六	七	八	九

1960	1970	1980	1990	2000
2010	2011	2012	2013	2014
2015	2016	2017	2018	2019

JOUR	NUIT	SEMAINE	MOIS	MATIN	SOIR
------	------	---------	------	-------	------

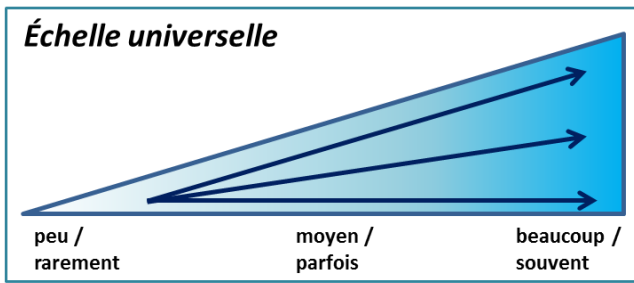


NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date : \_\_\_\_\_ Médecin : \_\_\_\_\_

enceinte	allaitante	contraception
----------	------------	---------------

diabète	immunosupp.	hypertension
---------	-------------	--------------

poil	acariens	pollen	lait
médicaments	poisson	œuf	



HABITAT	FAMILLE	COUPLE	AMIS
ETUDES	TRAVAIL		