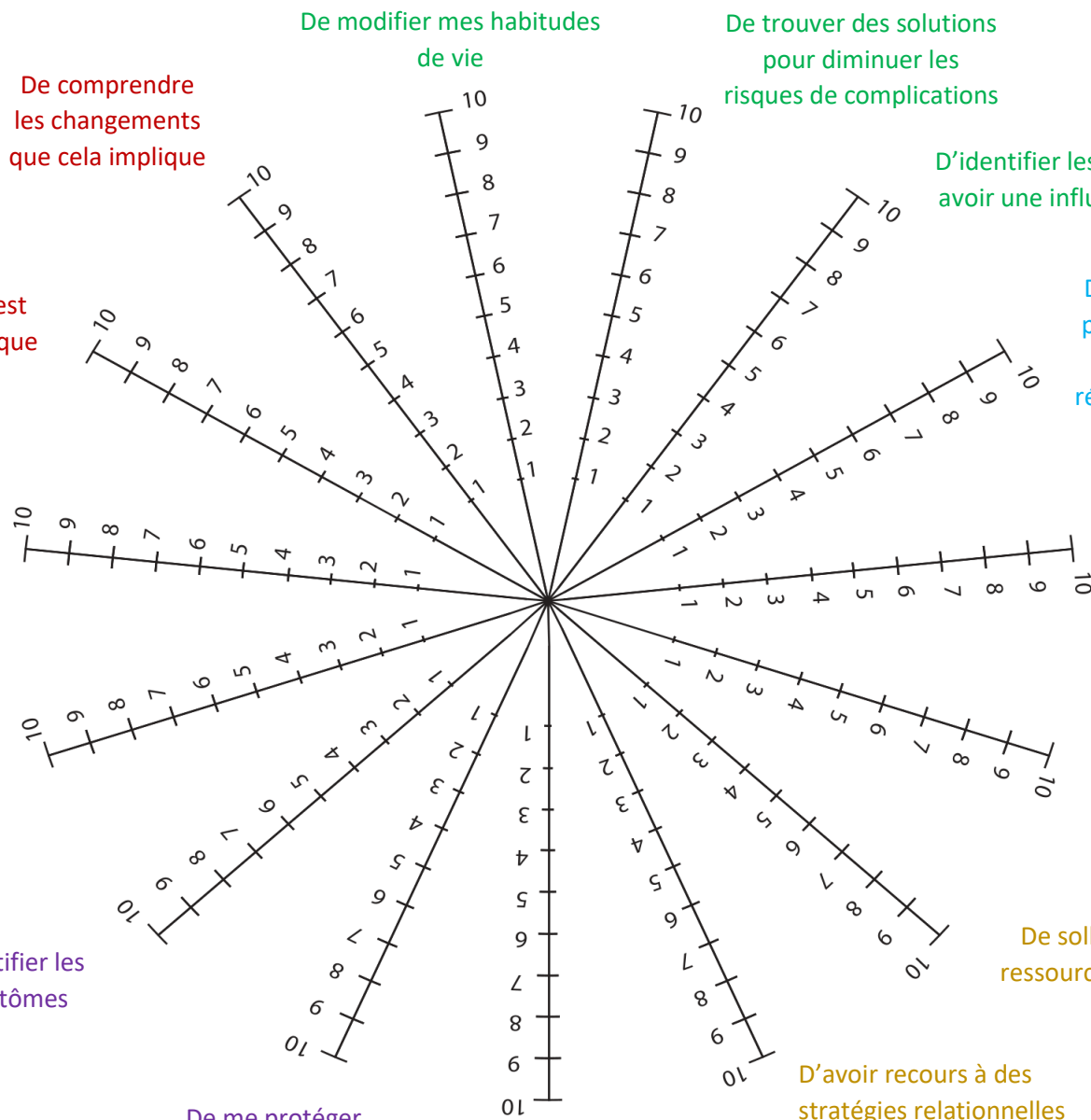


# JE ME SENS CAPABLE .....

## MON HYGIENE DE VIE



## MA VIE AVEC LA MALADIE



## MON PARCOURS DE SANTE

## ME PROTEGER CONTRE LES RISQUES INFECTIEUX

## MON BIEN ETRE ET LES AUTRES

NOM :  
Prénom :