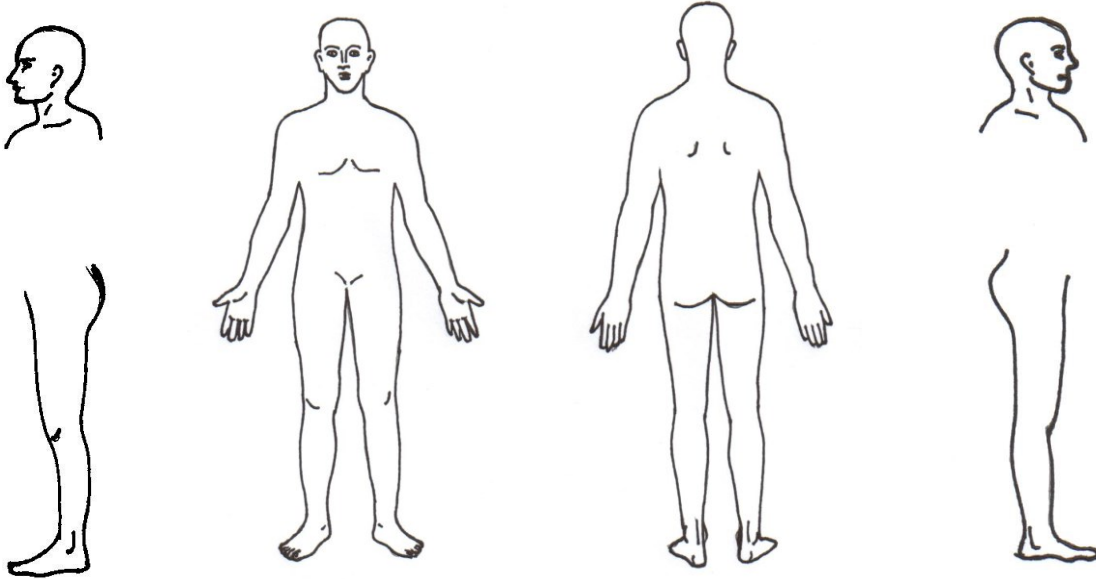


Nom : Prénom : Date :

LOCALISATION DE LA DOULEUR :



Femmes :

Hommes :

