



À  
BIENTÔT



LE MÉDECIN OU LE PHARMACIEN

PROCHAIN RENDEZ-VOUS LE :



|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

| Date | Jour | Heure |
|------|------|-------|
| / /  |      |       |
| / /  |      |       |
| / /  |      |       |
| / /  |      |       |