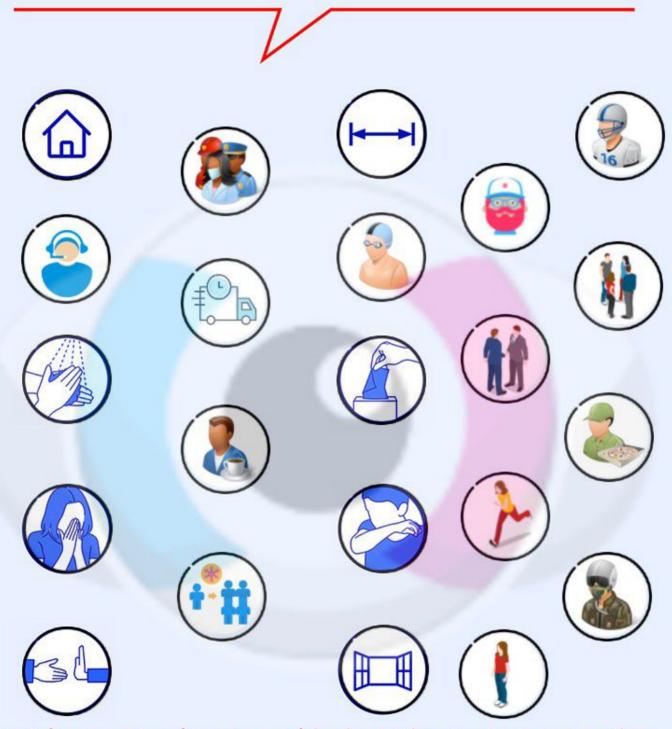
NOM Prénom:	
NOW FIELDING.	

Adresse complète : _____

TEST de DÉCONFINEMENT

Barre toutes les icones qui ne représentent pas des gestes barrières



Test à remettre à votre médecin traitant pour correction Pour être déconfiné : 0 faute obligatoire Max. : 1 tentative tous les 7 jours