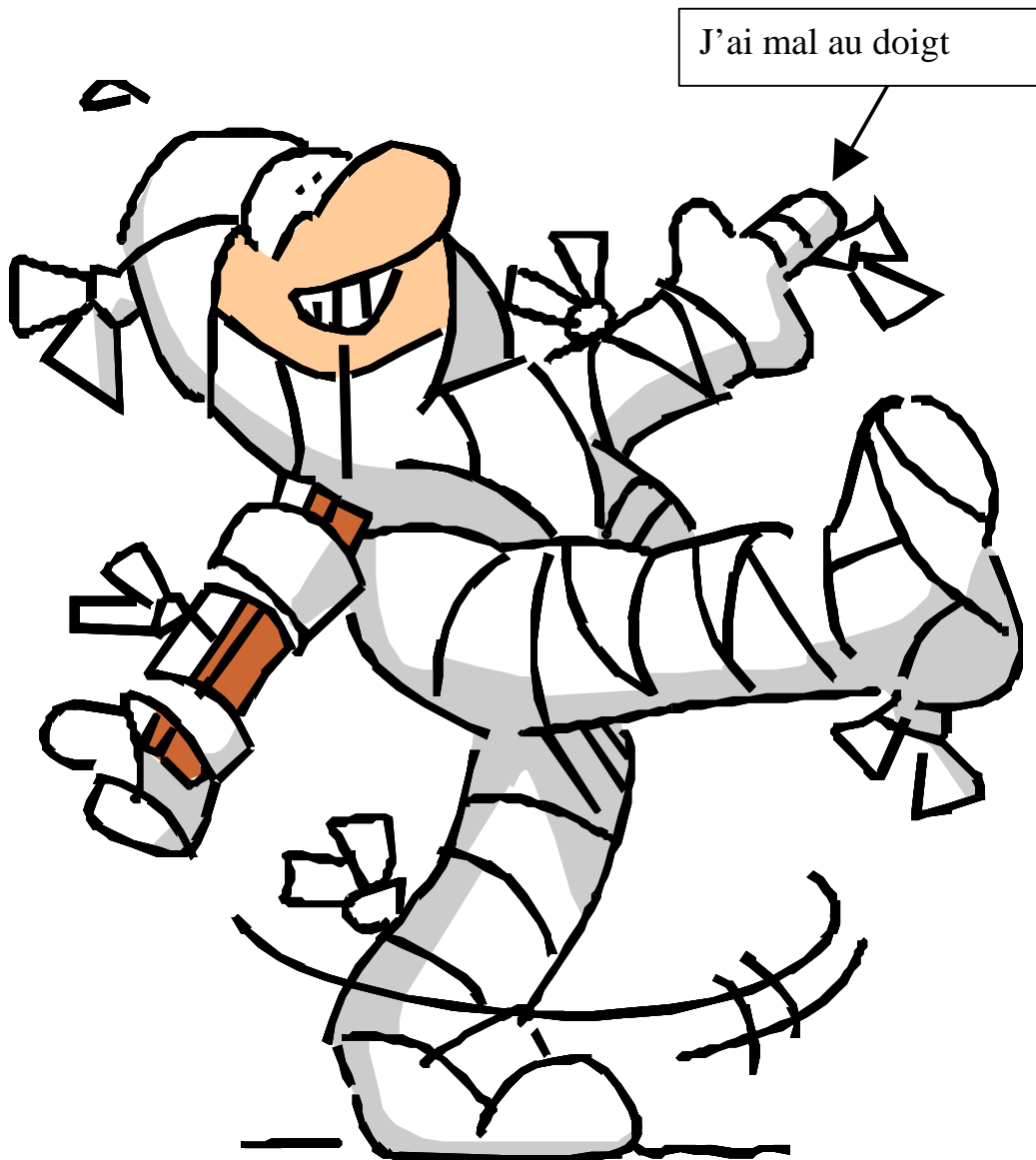


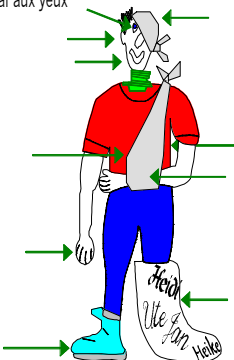
Nom/Prénom:

Classe:

J'ai mal....



J'ai mal aux yeux



J'ai mal au dos

J'ai mal aux dents

J'ai mal au pied

J'ai mal aux oreilles

J'ai mal au ventre

J'ai mal aux yeux

J'ai mal à la main

J'ai le bras cassé

J'ai mal à la tête

J'ai la jambe cassée