

LUNDI

MARDI

MERCREDI

JEUDI

VENDREDI

SAMEDI

DIMANCHE



1



4



2



5



3



6

Je m'appelle:

.....

.....

A B C D E F G H I J K L M

N O P Q R S T U V W X Y Z

<input type="checkbox"/>	ROUGE
<input type="checkbox"/>	ROSE
<input type="checkbox"/>	ORANGE
<input type="checkbox"/>	JAUNE
<input type="checkbox"/>	VERT
<input type="checkbox"/>	VIOLET
<input type="checkbox"/>	NOIR
<input type="checkbox"/>	MARRON
<input type="checkbox"/>	GRIS
<input type="checkbox"/>	BLEU
<input type="checkbox"/>	BLANC