

MON BROSSAGE DE DENTS

MATIN

SOIR

- LUNDI
- MARDI
- MERCREDI
- JEUDI
- VENDREDI
- SAMEDI
- DIMANCHE

<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>



• FAIT

