

Entreprise ou centre :
 Orthoprothésiste :
 Nom du patient :
 Prénom du patient :
 Date de retour souhaitée :/...../.....



Tampon de l'entreprise ou centre :

16

Photos numériques jointes : OUI NON

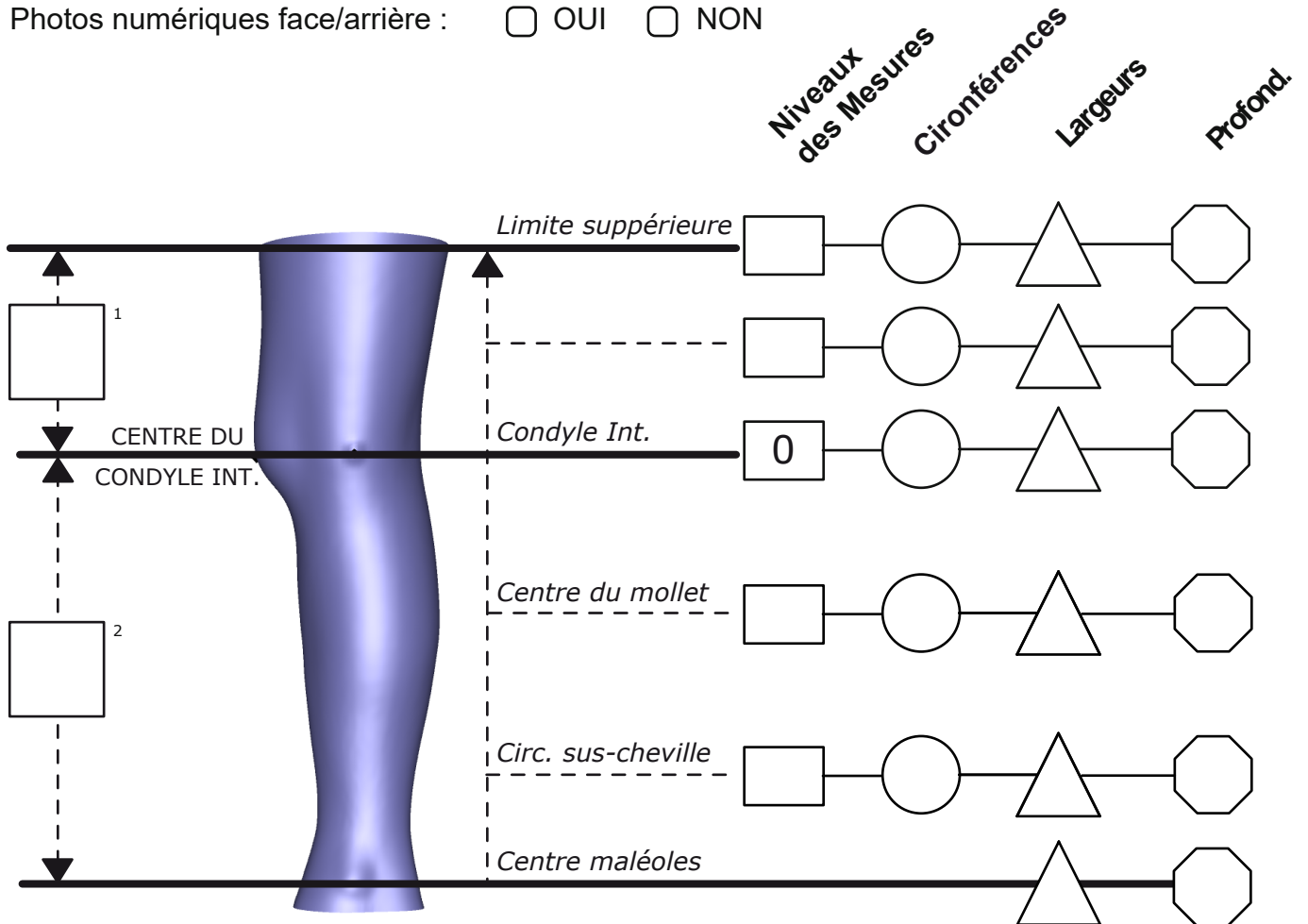
Découpes selon vos tracés : OUI NON

GENOUILLÈRE

PRENDRE VOS PHOTOS A 3m

Photos numériques profil extérieur : OUI NON

Photos numériques face/arrière : OUI NON



AGE :	SEXE : <input type="checkbox"/> MASCULIN <input type="checkbox"/> FÉMININ	MEPLATS : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> GAUCHE <input type="checkbox"/> DROIT	<input type="checkbox"/> FORMES IDENTIQUES <input type="checkbox"/> MESURES IDENTIQUES	VALGUM =° VARUM =°