

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



Tampon de l'entreprise ou centre :

Photos numériques jointes :  OUI  NON  
 Découpes selon vos tracés :  OUI  NON

16

Sexe: <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin Age: ..... Ans	Epaules: <input type="checkbox"/> Tombantes <input type="checkbox"/> Moyennes <input type="checkbox"/> Droites Profil de la tête: <input type="checkbox"/> En avant <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> En arrière	Thermoformage : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Epaisseur de P.E. : ..... Couleur : .....
--	--	--

