

Client

Nom _____

Prénom _____

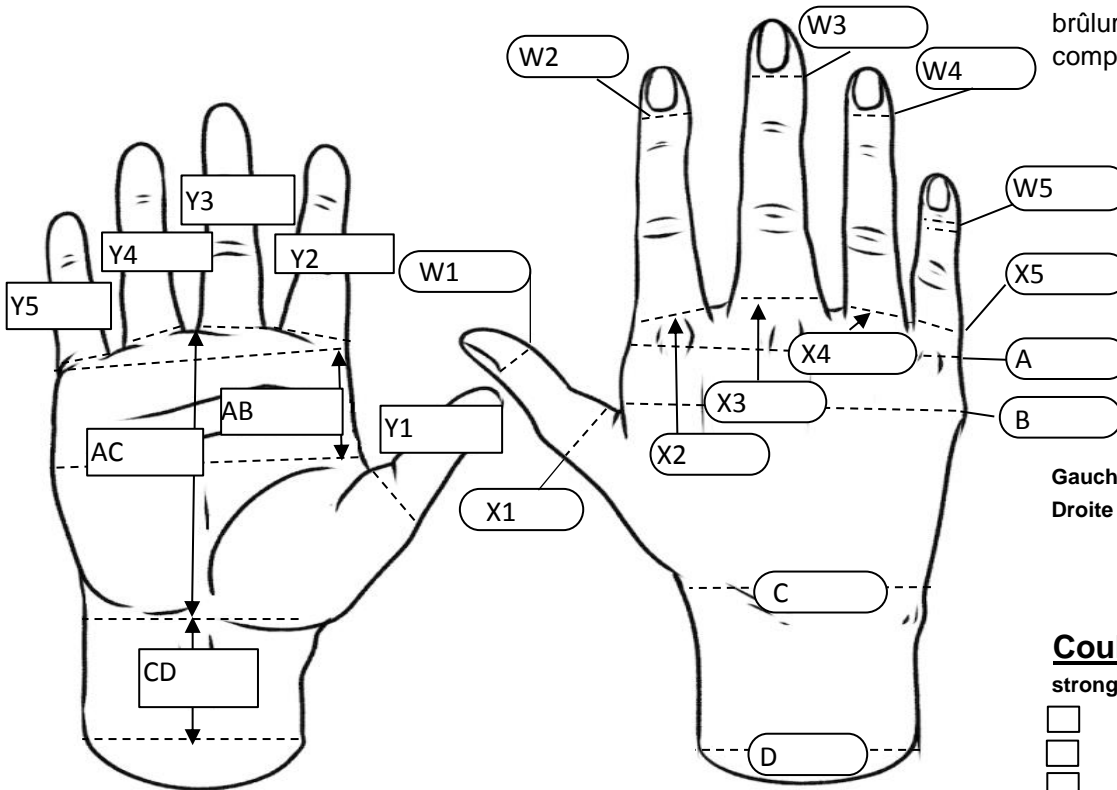
Date _____

Date de naissance _____

Mesuré par _____

Qualité	CL1	CL2
Confort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strong	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

brûlures	<input type="checkbox"/>
compression	<input type="checkbox"/>



Gauche	<input type="checkbox"/>
Droite	<input type="checkbox"/>

Couleur		strong	confort
<input type="checkbox"/>	beige (2056)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	noir (7010)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	bordeaux (5021)		
<input type="checkbox"/>	antrasite (1012)		
<input type="checkbox"/>	rouge (5033)		
<input type="checkbox"/>	bleu marine (3012)		
<input type="checkbox"/>	bleu royal (3057)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	vert (4006)		
<input type="checkbox"/>	gris (1045)		
<input type="checkbox"/>	rose (5056)		<input type="checkbox"/>

Options doigts

Doigts ouverts

Doigts fermés

Y1

Y2

Y3

Y4

Y5

Options fin

fin oblique en cm _____

Bande silicone 3cm

Options supplémentaires

Poroes position _____

Fermeture éclair

Position dorsal

Position palmair

Position extereur

Manche + gant 1 Pc

Remarques :
