

Client

Nom _____

Prénom _____

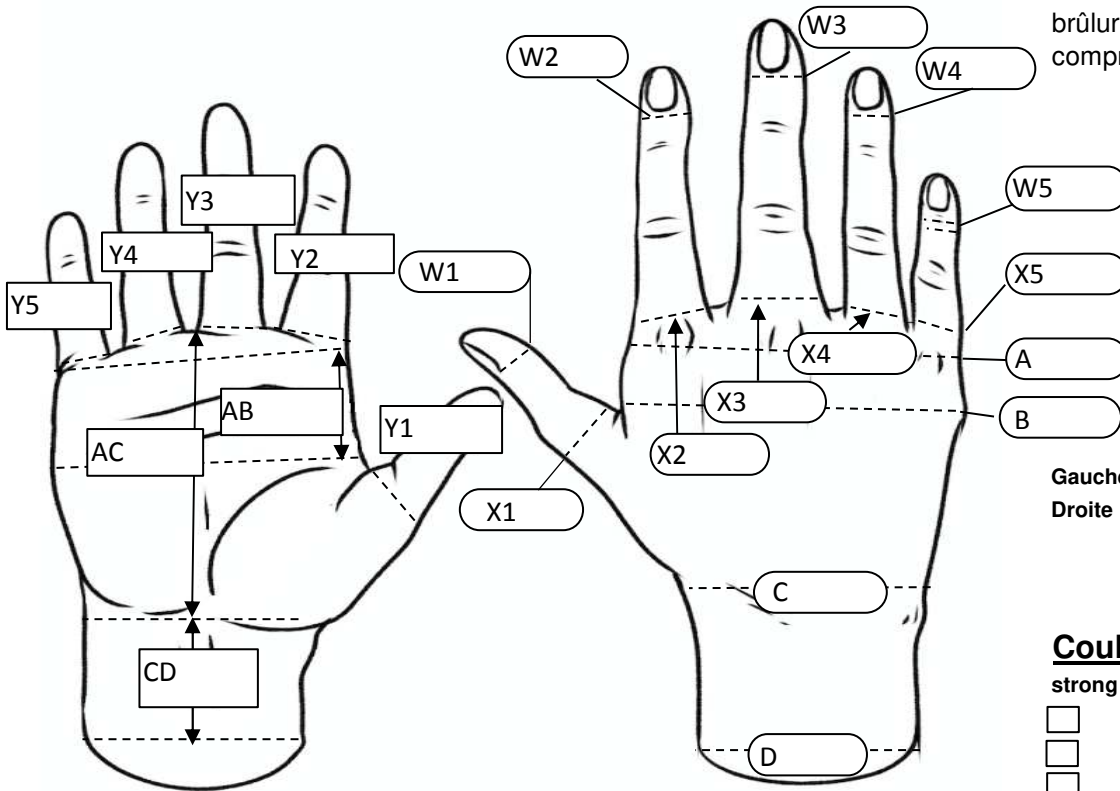
Date _____

Date de naissance _____

Mesuré par _____

Qualité
 Confort CL1 CL2
 Strong

brûlures
 compression



Gauche
 Droite

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

Gants sans doigts

Options fin

- fin oblique en cm _____
- Bande silicone 3cm

Options supplémentaires

- Poroes position _____
- Fermeture éclair
- Position dorsal
- Position palmar
- Position extereur

Remarques :
