

Date contact : / /	1er contact :	Installateur :
Provenance : <input type="checkbox"/> Site internet <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Autre :		

INFO CLIENT : Mr Mme Mlle

Adresse :	Mail :
_____	_____
_____	Portable :
_____	_____
Code postal :	Tél :
_____	_____
Ville :	Association / Club :
_____	_____
2 ^{ème} Contact (Lien) :	Tél 1 :
_____	_____
Nom :	Tél 2 :
_____	_____
Mail :	Adresse :
_____	_____

DONNÉES PERSONNELLES :

Pathologie / Niveau lésionnel :		Age :	
Attitude : <input type="checkbox"/> R.A.S <input type="checkbox"/> Scoliose <input type="checkbox"/> Cyphose <input type="checkbox"/> Lordose <input type="checkbox"/> Penche d'un côté :		Besoin de maintien latéral : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Poids :
Distance épine omoplates / au haut du dossier actuel :	Hauteur dossier actuel / à la toile d'assise :	Épaisseur coussin :	
Hauteur humaine :	Largeur d'assise utile :	Largeur poitrine :	
Achat assise modulaire et évolutive : <input type="checkbox"/> -3ans <input type="checkbox"/> +3ans	Le poids est-il un problème : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Installation seule : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Conduite voiture : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Marque et Modèle ancien fauteuil : Date Achat :		Système de propulsion :	
Barre horizontale à l'arrière du fauteuil : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Profil : <input type="checkbox"/> horizontal droit <input type="checkbox"/> horizontal cintré <input type="checkbox"/> angle cintré		Hauteur de la barre à la toile d'assise :	

Informations complémentaires :
