

COULEUR NO: \_\_\_\_\_

<p>①</p>	<p>②</p> <p style="text-align: center;">FOULAGE : OUI - NON <input type="checkbox"/></p>	<p>③</p>	<p>④</p>
<p>⑤</p>	<p>⑥</p>	<p>⑦</p>	<p>⑧</p> <p>             : mesure 1-2 : _____              : mesure 3-4 : _____              N°         </p>
<p>⑨</p>			

MESURE DU COMPTOIR FINI

MESURE DU CABINET

Nom \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_  
 Signature \_\_\_\_\_