

LE :	DEMANDE DE DEVIS <input type="checkbox"/>	FICHE DE COMMANDE <input type="checkbox"/>
CENTRE / ETABLISSEMENT :		
Nom :		Adresse :
Prénom :		
Tel / Fax / email :		
Date de Naissance		Périmètre du Thorax cm
Poids kg		Longueur de Cuisse cm
Taille cm		Longueur de Jambe cm
Taille du Tronc cm		Garçon <input type="checkbox"/>
Largeur du Bassin cm		Fille <input type="checkbox"/>

SIEGES D'ACTIVITES

- Le Siège *MARIE LOU*
- Le Siège *CHLOE*
- Le Siège *MAYA*
- La *CHAISE A PLOT*
- Le Siège *ROBIN*
- Le *LOSANGE*
- Le Siège *SASHA*
-
-

SIEGES DE WC

- Le Pot *Magique*
- Le WC de *Maternelle*
- Le Siège *HUGO*
-
- Le réducteur *JONAS*

Les TABLES d'Activités

- La Table *EMMA*
- La Table *BASILE*

SIEGES DE BAIN

- Le Siège *MATHIS*
- Le Siège *4 x 4*

Le CHANGE

- La Table *LOUKA*
-

SIEGES DE REPAS

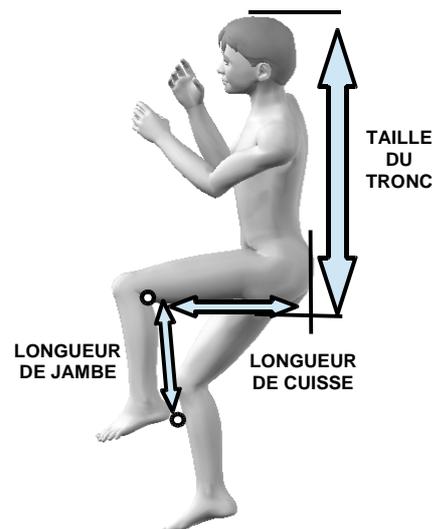
- Siège *CLEMENT*
- Siège *HIPPOCAMPE*
- FAUTEUIL Pour *TOUS*

SPECIFIQUES

- Le Siège *MARIUS*
- Le Siège *KEMIL*

Particularités / Consignes**Options**

- Sangle Thoracique
- Plastron Thoracique
- Roulettes
- Accoudoirs / Poignées
- Tablette amovible
- Cal Tête



Du point de vue de l'enfant :



Je fais mes transferts ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Je participe <input type="checkbox"/>
--------------------------	------------------------------	------------------------------	---------------------------------------

J'ai besoin d'un sanglage particulier ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
---	------------------------------	------------------------------	--

Si oui, Où ?			
--------------	--	--	--

Je suis sensible aux appuis, je fais facilement des rougeurs ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
--	------------------------------	------------------------------	--

Si oui, Où ?			
--------------	--	--	--

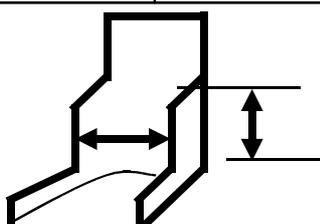
Quand je suis assis :	Je glisse <input type="checkbox"/>	Je m'incline <input type="checkbox"/>	Je gigote <input type="checkbox"/>
-----------------------	------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------

Mes contractions font que je risque de me blesser :	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
---	------------------------------	------------------------------	--

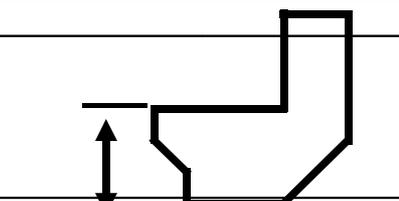
J'ai tendance à serrer beaucoup les genoux ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
--	------------------------------	------------------------------	--

Je porte un corset ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
----------------------	------------------------------	------------------------------	--

J'utilise un corset siège / une assise moulée ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
---	------------------------------	------------------------------	--

Si oui, Largeur intérieure du siège : <input type="text"/> cm (au niveau du thorax) Hauteur sous les bras : <input type="text"/> cm	
--	--

Mes remarques et consignes pour mon siège :	
---	--

Pour un siège à glisser au dessus d'un WC existant Hauteur du WC : <input type="text"/> cm	
---	--