



OFT Extension du genou sur mesure

Patient : _____ Date : ____/____/____
Top : _____ Courriel : _____
Dossier : _____ Tél : _____

Velcro

Fermeture éclair : Standard Inversé

Côté : Droite Gauche

Antérieur latérale Renfort

Paire : Identique Différentes

Couleur choisi (entourer) : Noir Rose Rouge Marine Camo vert
Camo bleu Camo rose Multicolore Jazto Gribouillis

Spécification : _____

