
	GAMME DE TRAVAIL		<div> <div>  </div> <div> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non </div> </div>	Etabli par :	<input checked="" type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> AB Serve
	n° clt 001			Date :	2025
SITE : aa				N° d'incident :	nnaaa
				Concerne :	aann

Client : aa	Référence : aa	Désignation : aa	Temps alloué : 555 /jour
-------------	----------------	------------------	--------------------------