
	GAMME DE TRAVAIL	 <div><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</div>	Etabli par :	<input checked="" type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> AB Serve
	SITE : mm		n° clt 001	Date :
			N° d'incident :	mmmm
			Concerne :	mmmm
Client : mm		Référence : mm	Désignation : mm	Temps alloué : 9 /jour