



DIMENSIONES A TOMAR PARA SILLAS DE RUEDAS ESPECIALES

Nombre y Apellido del beneficiario:

DNI: Edad: Fecha Nacimiento:/...../.....

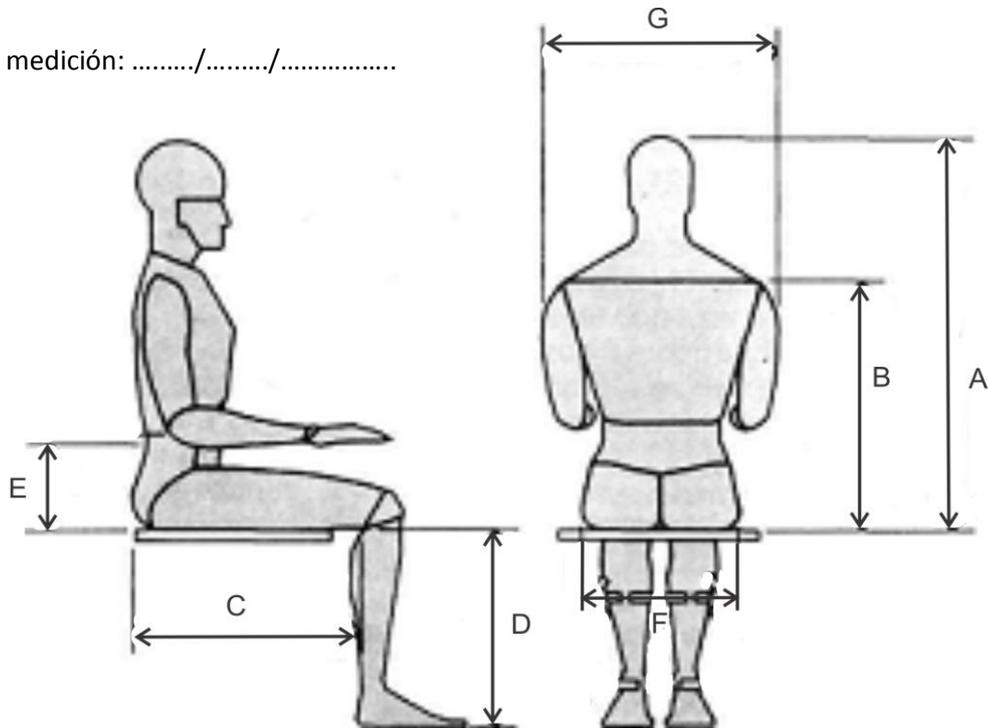
Domicilio: TE:.....

Localidad: Provincia:

Medidas en centímetros

A)	B)	C)	D)
E)	F)	G)	Peso (kg):

Fecha de medición:/...../.....



Indicar desviación:

.....

.....
Firma y sello del médico tratante