

ANNEXE 1

BON D'INTERVENTION

date : _____

CLIENT :

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

MÉTÉO ☐ Pluie ☐ Sec ☐ Gel CAMION N° _____ KM départ _____ KM retour _____

☐ Prestation ponctuelle ☐ contrat ☐ réception ☐ contrôle

GAZON

	réalisé	en cour
tonte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
détourage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
débroussaillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
scarification	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
deoussage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bouchage de trous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
semis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fertilisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FLEURS

arrachage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
plantation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
arrosage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fertilisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
entretien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ARBUSTES, ROSIERS, HAIES, GRIMPANTES

taille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
plantation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
arrosage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fertilisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
entretien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ARBRES

elagage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
abattage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
plantation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuteurage/haubanage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
arrosage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fertilisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
entretien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PROTECTION DES PLANTES

desherbage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
traitement divers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIVERS

soufflage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ramassage feuilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
evacuation des dechets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
livraison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVATIONS

CHEF D'ÉQUIPE _____

EQUIPE _____

RESPONSABLE RÉCEPTION _____

HEURE D'ARRIVÉE _____

HEURE DE DÉPART _____

NOM, SIGNATURE ET CACHET DU CLIENT ET OBSERVATIONS