

Attestation medicale de la capacité auditive

Nom / Prénom _____

Né/e le _____

Rue et no. _____

CP/Domicile _____

1. L'examen doit être effectué par un médecin diplômé ou dans un centre auditif.
L'attestation doit aussi être remplie par l'un d'eux..
2. Exigences de capacité auditive:
En langage de conversation, des deux côtés 3m., et 6m. en cas de surdité d'un côté, ou par audiogramme d'un côté dans les fréquences de 125Hz   1000Hz, pas inférieur à 30dB et par 2000Hz pas inférieur à 40dB (sans appareil auditif).

Résultats:

Langage de conversation: _

droite:	<input type="checkbox"/> réussi	<input type="checkbox"/> pas réussi
gauche:	<input type="checkbox"/> réussi	<input type="checkbox"/> pas réussi
par surdité d'un côté:	<input type="checkbox"/> réussi	<input type="checkbox"/> pas réussi

ou (si exigences en langage de conversation non réussies)

F quences de l'audiogramme:

125Hz � 1000Hz pas inférieur à 30dB:	<input type="checkbox"/> réussi	<input type="checkbox"/> pas réussi
2000Hz pas inférieur à 40dB:	<input type="checkbox"/> réussi	<input type="checkbox"/> pas réussi

Exigences remplies sans appareil auditif: oui non

Doit porter appareil auditif: oui non

3. Remarques

Date: _____

Timbre + Signature du médecin ou centre auditif: