

Attestation medicale de la vue

Nom/Prénom _____

Né le _____

Rue et no. _____

CP/Domicile _____

1. **L'examen doit être effectué par un médecin, un ophtalmologue ou un opticien diplômé.
L'attestation doit aussi être remplie par l'un d'eux.**

2. Acuité visuelle

Vision binoculaire: - oeil faible corrigé 0,1 (min.)
 - oeil fort corrigé 0,6 (min.)
 - pas de diplopie
 - champ visuel horizontal 140°min.

Vision monoculaire: - borgne après un délai d'attente de 4 mois dès le début
 de l'infirmité
 - oeil corrigé 0,8 (min.)
 - champ visuel horizontal 100°min.

Résultat:

oeil droit corr.: non corrigé: oeil gauche corr. : non corrigé:

Doit porter des lunettes ou des lentilles de contact:

oui non

3. Vision des couleurs

Exigences: Ishihara: planches 1 à 9, 12 et 13, sans faute, ou
 Rodenstock

Résultat réussi non réussi

4. Champ visuel (examen succinct)

Résultat: réussi non réussi

5. Remarques

Date: _____

Timbre + signature du médecin
ophtalmologue ou opticien