

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