

CONFIDENTIEL

Examen de la vue pour candidature

Nous vous prions de faire compléter le présent formulaire par un-e opticien ou un-e ophtalmologue.

Veillez vous y présenter avec vos lunettes portées habituellement et/ou vos lentilles de contact.

À remplir par le candidat

Nom

Prénom

Date de naissance.....

Lieu d'origine.....

- Je porte habituellement des lunettes
- Je porte habituellement des lentilles de contact
- Ni l'un ni l'autre

J'accepte que les renseignements quant à une éventuelle affection ophtalmique ou défaut visuel soient transmis au-x corps de police concerné-s et libère l'opticien ou l'ophtalmologue consulté du secret professionnel en cette matière.

Date.....Signature.....

À remplir par l'opticien ou l'ophtalmologue

Nous vous prions de vérifier l'identité de la personne à l'aide d'une pièce d'identité.

1. Vision binoculaire

- normale
- perturbée
- diplopie

Remarque sur le diagnostic :

.....
.....

2. Vision stéréoscopique

- normale
- légèrement diminuée
- fortement diminuée

Remarque sur le diagnostic :

.....
.....

3. Vision des couleurs

normale perturbée anormale

Remarque sur le diagnostic :

.....
.....

4. Champ visuel horizontal

plus de 160° au moins 140° moins de 140°

Remarque sur le diagnostic :

.....
.....

5. Strabisme

oui non

Remarque sur le diagnostic :

.....
.....

6. Acuité visuelle sans correction

Droite	0.0	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0
Gauche	0.0	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0

Remarque sur le diagnostic :

.....
.....

7. Acuité visuelle avec correction

Droite	0.0	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0
Gauche	0.0	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0

Remarque sur le diagnostic :

.....
.....

Je déclare avoir examiné la personne et avoir répondu exactement en toute conscience aux questions ci-dessus.

Date et lieu :

Timbre et signature

.....

Ce formulaire sera transmis par la suite au médecin chargé de la visite médicale.