



Test de la vue pour le rapport médical

1. Indications personnelles

Nom

Prénom

Rue, n°

N° postal et localité

Lieu d'origine (commune)

Date de naissance

4.1 Acuité visuelle

non corrigée

corrigée

vision lointaine

à dr à g

dr..... à g

4.2 Champ visuel horizontal

1er groupe ≥ 120 < 120

2e groupe ≥ 140 < 140

Pertes non oui

à droite à gauche en haut en bas

4.3 Mobilité des yeux

Les 6 directions ont été examinées : à droite en haut, à droite, à droite en bas, à gauche en haut, à gauche, à gauche en bas

Diplopie non oui, direction :

4.4 Remarques :

4.5 Evaluation / Exigences

du 1er groupe

- satisfaites sans correcteurs de vue
- satisfaites uniquement avec des correcteurs de vue
- seulement avec une autorisation d'un ophtalmologue
- non satisfaites

du 2e groupe

- satisfaites sans correcteurs de vue
- satisfaites uniquement avec des correcteurs de vue
- seulement avec une autorisation d'un ophtalmologue
- non satisfaites

Pièce d'identité à présenter obligatoirement

Date :

Sceau officiel de l'opticien agréé ou ophtalmologue / Signature :

Sceau du magasin d'optique :