



FORMULAIRE "Acuité visuelle"

Le présent formulaire doit être rempli par un médecin-ophtalmologue pour les candidats à l'école de police présentant des problèmes de vue

Candidat : Nom : _____ Prénom : _____

Acuité visuelle non corrigée

Œil droit

0.1 0.2 0.3 0.4 0.5 0.6 0.7 0.8 0.9 1

Œil gauche

0.1 0.2 0.3 0.4 0.5 0.6 0.7 0.8 0.9 1

Acuité visuelle corrigée

Œil droit

0.1 0.2 0.3 0.4 0.5 0.6 0.7 0.8 0.9 1

Œil gauche

0.1 0.2 0.3 0.4 0.5 0.6 0.7 0.8 0.9 1

Diminution du champ visuel	<input type="checkbox"/>	Strabisme	<input type="checkbox"/>
Diplopie	<input type="checkbox"/>	Anomalie de la vision des couleurs	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>

Conditions d'engagement :

Acuité visuelle non corrigée: minimum 0.3 pour les deux yeux.

Acuité visuelle corrigée: minimum 0.8 pour les deux yeux, ou 0.5 pour un œil et 1 pour l'autre.

Pas de diminution du champ visuel, de diplopie, strabisme ou anomalie dans la vision des couleurs.

Opération possible Opération non possible

Date

Le médecin-ophtalmologue
(Signature - Timbre)

.....

Je, soussigné, accepte que tous les éléments de ce formulaire soient contenus dans mon dossier administratif de recrutement.

Date :

Le/la candidat/e :