

Examen de la vue pour candidature

Nous vous prions de faire compléter le présent formulaire par un/e opticien/ne ASO (Association Suisse de l'Optique; liste sous www.sov.ch / commerces optiques) ou un-e ophtalmologue.

Veuillez-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 à la Police et libère l'opticien consulté du secret professionnel en cette matière.

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

À remplir par l'opticien-ne ou 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 diagnostique :

.....
.....

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.