

## 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](http://www.sov.ch) /commerces optiques).

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'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 diagnostique :

.....  
.....

**3. Vision des couleurs**

normale                       perturbée                       anormale

Remarque sur le diagnostique :

.....  
.....

**4. Champ visuel horizontal**

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

Remarque sur le diagnostique :

.....  
.....

**5. Strabisme**

oui                       non

Remarque sur le diagnostique :

.....  
.....

**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 diagnostique :

.....  
.....

**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 diagnostique :

.....  
.....

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.***