

## X. EXAMEN OCULAIRE – CANDIDAT AU PERMIS DE CONDUIRE DU GROUPE 2

CANDIDAT:

CACHET DE L'OPHTALMOLOGUE

Nom:

Prénom:

Adresse:

Date de naissance:

Lieu de naissance:

Numéro du registre national (facultatif):

--

Diagnose				
Antécédents oculaires				
Inspection: examen bio microscopique				
Mobilité oculaire – Covertest				
Réflexes pupillaires et cornéens				
Fond d'œil	Gauche	Droite		
Diplopie				
Acuité visuelle centrale de loin	œil gauche œil droite Binoculaire	Sans correction	Avec correction	Correction en dioptrie
Vision crépusculaire	Sans correction		Avec correction	
Champ visuel <sup>1</sup>	as 0° - 180 °	as 90° - 270 °	as 45° - 225°	as 135° - 315°

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, ophtalmologue, déclare que, conformément à l'annexe 6, III de l'arrêté royal du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire, le candidat est, sur le plan ophtalmologique <sup>2</sup>

- inapte à la conduite
- apte sans conditions ni restrictions
- apte sous les conditions ou restrictions suivantes:
  - code 01.01: lunettes
  - code 01.02: lentilles de contact
  - code 01.06: lunettes ou lentilles de contact
  - code 01.07: aide optique spécifique

Cette attestation est valable jusqu'au \_\_\_\_\_

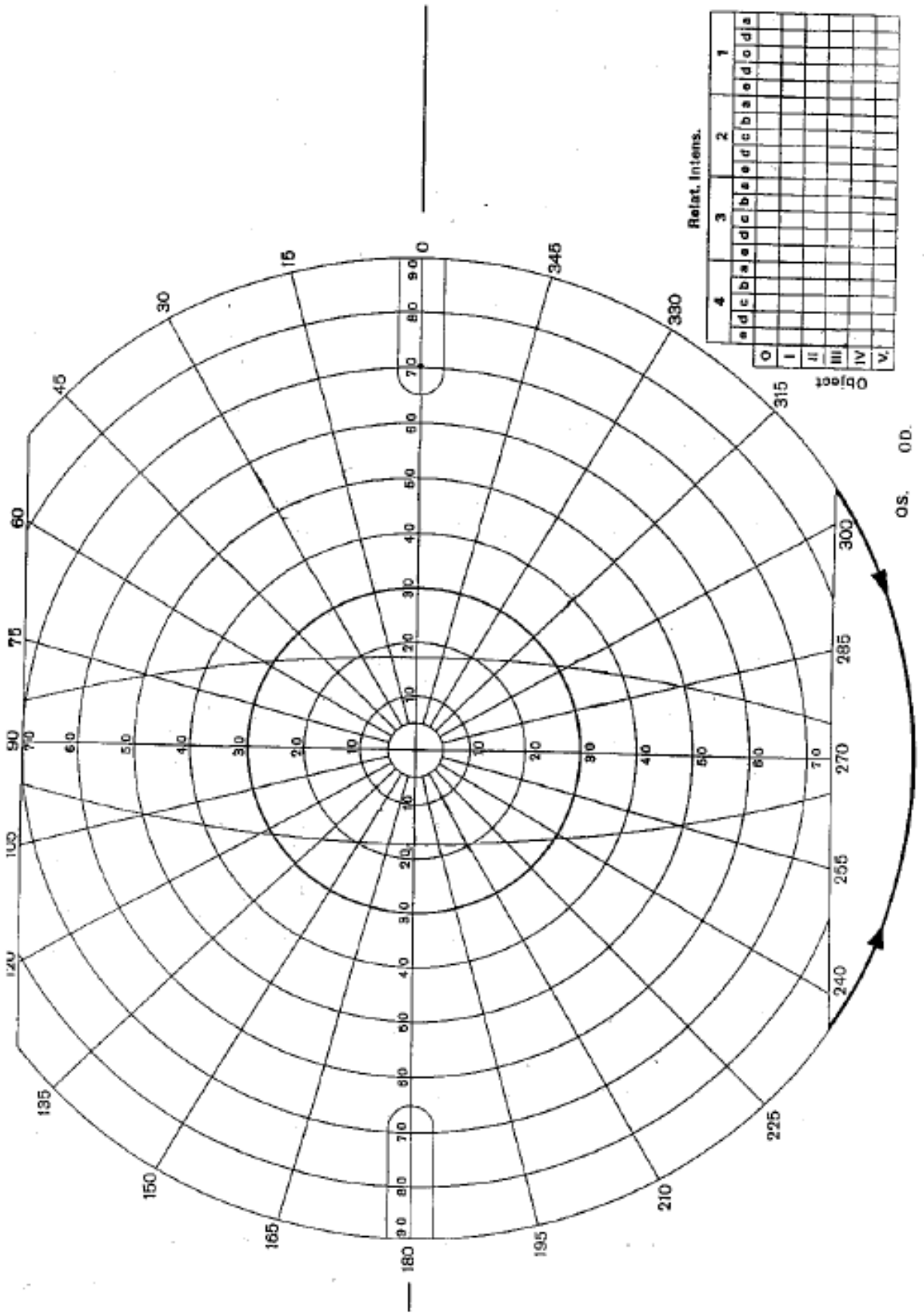
Date:

Signature

<sup>1</sup> A mesurer avec la correction optique si nécessaire, voir verso

<sup>2</sup> Cochez la rubrique qui est d'application

X. EXAMEN OCULAIRE – CANDIDAT AU PERMIS DE CONDUIRE DU GROUPE 2



OS. O.D.