

## Examen oculaire (model X)

### Candidat au permis de conduire du groupe 2

Candidat : Nom : .....	Cachet de l'ophtalmologue :
Prénom : .....	
Adresse : .....	
.....	
Date de naissance: .....	
Lieu de naissance : .....	

Numéro de registre national (facultatif) : .....

Diagnostic				
Antécédents oculaires				
Inspection : examen biomicroscopique				
Mobilité oculaire - Covertest				
Réflexes pupillaires et cornéens				
Fond d'oeil	Gauche	Droite		
Diplopie				
Acuité visuelle centrale de loin		Sans correction	Avec correction	Correction en dioptrie
	Oeil gauche			
	Oeil droite Binoculaire			
Vision crépusculaire	Sans correction		Avec correction	
Champs visuels (*)	Axe 0° - 180°	Axe 90° - 270°	Axe 45° - 225°	Axe 135° - 315°

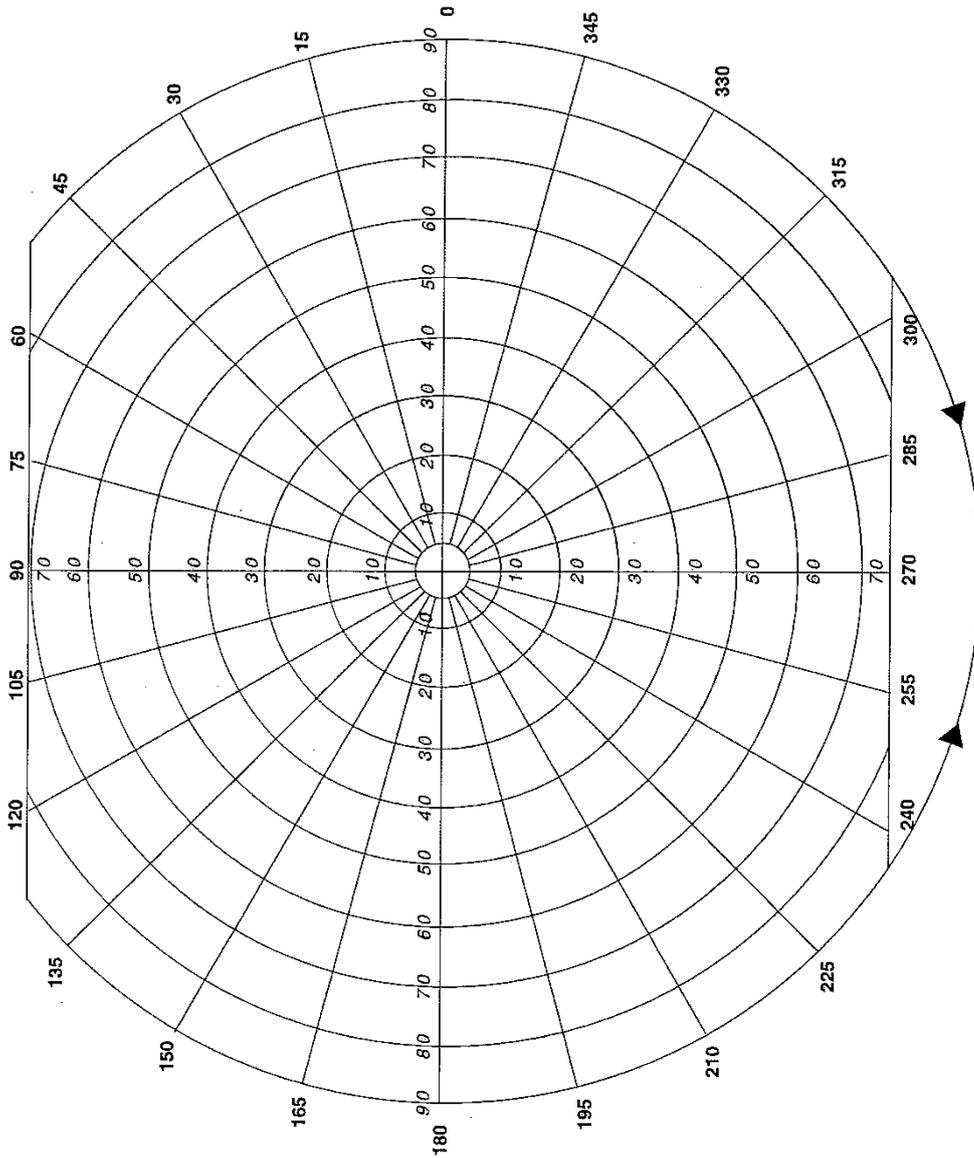
Je soussigné(e) ....., ophtalmologue, déclare, conformément à l'annexe 6, III de l'AR. du 23 mars 1998 et de l'AR. du 5 septembre 2002 relatif au permis de conduire, que le candidat est, sur le plan ophtalmologique

- 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 .....

Signature : ..... Date : .....

(\*) A mesurer avec la correction optique si nécessaire, voire verso.  
 (\*\*) Cochez la rubrique qui est d'application.



Relat. intens.

Object	4				3				2				1							
	e	d	c	b	a	e	d	c	b	a	e	d	c	b	a	e	d	c	b	a
0																				
I																				
II																				
III																				
IV																				
V																				
VI																				

OS OD.

