

Coller votre
photo ici

CERTIFICAT OPHTALMOLOGIQUE

Je soussigné(e), Docteur, spécialiste en ophtalmologie,

CERTIFIE AVOIR EXAMINE CE JOUR

Nom et Prénom :

Date de naissance : .. / .. /

Sexe : Masculin Féminin

Et n'avoir constaté aucune contre-indication ophtalmique décelable à la pratique sportive du TORBALL ou un autre sport : Précisez :

De compétition

De loisir

Remarques restrictives éventuelles :

➤ **Classification nationale :**

B1 : Aucune sensibilité à la lumière des deux yeux jusqu'à sensibilité à la lumière sans reconnaissance des objets ni des contours dans toutes les directions et à n'importe quelle distance.

B2 : Reconnaissance des objets ou des contours jusqu'à une acuité visuelle de 2/60 et/ou une limitation du champ visuel de 5 degrés.

B3 : Acuité visuelle de 2/60 à 6/60 et/ou limitation du champ visuel de 5 à 20 degrés.

Ne pas oublier de :

➤ **Cocher les activités pratiquées page 2**

➤ **Dater et signer le certificat**

Ce certificat peut être considéré comme :

Permanent

Valable 1 an

Nombre de cases cochées :

Date de l'examen médical : __/__/__

Cachet professionnel :

Signature du praticien :