



Formulaire examen de la vue pour candidature

A remplir par le ou la candidat·e

Nous vous prions de faire compléter le présent formulaire par un opticien agréé (veuillez vous référer à la [carte du site de l'OCN](#)) ou un médecin-ophtalmologue de votre choix. Veuillez vous y présenter avec vos lunettes portées habituellement et/ou vos lentilles de contact.

J'accepte que les renseignements quant à une éventuelle affection ophtalmique ou défaut visuel soient transmis à la Police cantonale et libère le ou la professionnel·le consulté·e du secret professionnel en cette matière.

Date: Signature du candidat:

A remplir par l'opticien·e agréé·e ou le ou la médecin-ophtalmologue

Nous vous prions de vérifier l'identité de la personne à l'aide d'une pièce d'identité.

Nom: Prénom: Date naiss.:

Acuité visuelle *sans* correction œil droit œil gauche

Acuité visuelle *avec* correction œil droit œil gauche

Correction de l'acuité visuelle lunettes lentilles pas de correction de la vue

Supporte le port de lentilles oui non

Remarques :

.....

Vision stéréoscopique normale légèrement diminuée fortement diminuée

Vision binoculaire normale légèrement troublée diplopie

Champ visuel horizontal plus de 160° au moins 140° moins de 140°

Vision des couleurs normale perturbée

Strabisme non oui

Remarques :

Je déclare avoir examiné la personne et avoir répondu exactement en toute conscience aux questions ci-dessus.

Date: Timbre et signature de l'opticien·e ou médecin-ophtalmologue