



FORMULAIRE "Acuité visuelle"

Le présent formulaire doit être rempli par un opticien agréé ou un médecin-ophtalmologue pour le/la candidat-e "agent-e de détention" présentant des problèmes de vue.

Candidat-e: NOM Prénom

Acuité visuelle non corrigée

Oeil droit

0.1 0.2 0.3 0.4 0.5 0.6 0.7 0.8 0.9 1

Oeil gauche

0.1 0.2 0.3 0.4 0.5 0.6 0.7 0.8 0.9 1

Acuité visuelle corrigée

Oeil droit

0.1 0.2 0.3 0.4 0.5 0.6 0.7 0.8 0.9 1

Oeil gauche

0.1 0.2 0.3 0.4 0.5 0.6 0.7 0.8 0.9 1

Diminution du champ visuel Strabisme
 Diplopie Anomalie de la vision des couleurs
 Autres

Conditions d'engagement:

Acuité visuelle non corrigée: minimum 0.3 pour les deux yeux
 Acuité visuelle corrigée: minimum 0.8 pour les deux yeux, ou 0.5 pour un œil et 1 pour l'autre.
 Pas de diminution du champ visuel, de diplopie, strabisme ou anomalie dans la vision des couleurs.

Le/la candidat/e qui ne remplit pas les conditions susmentionnées s'engage à subir une opération, à ses frais, après les examens d'admission et dans la mesure où il/elle est retenu/e, afin de faire suivre son dossier de candidature.

Opération possible Opération non possible

Date Opticien agréé ou médecin-ophtalmologue
 (Signature - timbre)

Je, soussigné-e, accepte que tous les éléments de ce formulaire soient contenus dans mon dossier administratif de recrutement.

Date: Le/la candidat/e: