

CONFIDENTIEL

CANDIDATURE AU POSTE D'AGENT DE DÉTENTION

Examen d'acuité visuelle

Nous vous prions de remplir la première partie du présent formulaire et de faire compléter la deuxième partie par un opticien ou un ophtalmologue.

Veuillez vous présenter au rendez-vous avec les lunettes que vous portez habituellement et/ou vos lentilles de contact.

A remplir par le candidat										
Nom: Prénom: Date de naissance: Lieu d'origine:										
☐ Je porte habituellement des lunettes ☐ Je porte habituellement des lentilles de contact ☐ Ni l'un ni l'autre J'accepte que les renseignements quant à une éventuelle affection ophtalmique ou défaut visuel soient transmis à l'office cantonal de la détention et libère l'opticien ou l'ophtalmologue consulté du secret professionnel en cette matière.										
A remplir par l'opticien ou l'ophtalmologue Nous vous prions de vérifier l'identité de la personne à l'aide d'une pièce d'identité.										
1. Vision binoculaire□ normaleRemarque sur le diagnostic:	□ perturbée	□ diplopie								
2. Vision stéréoscopique										
□ normale	□ légèrement diminuée	□ fortement diminuée								
Remarque sur le diagnostic:										

3. Champ visuel horizontal												
□ plus de 160°				□ au moins 140°				□ moins de 140°				
Remarque sur le	e diagn	ostic:										
4. Strabisme												
□ oui	□ non											
Remarque sur le	e diagn	ostic:										
5. Acuité visuelle sans correction												
Droite	0.0			0.3								
Gauche	0.0	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	8.0	0.9	1.0	
Remarque sur le	e diagn	ostic:										
6. Acuité visuelle avec correction												
Droite	0.0			0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	
Gauche		0.1									1.0	
Remarque sur le	e diagn	ostic:										
Je déclare avo	ir exan	niné la	perso	nne et	avoir	répondu	exact	ement	en tout	te cons	cience	
aux questions c			•			·						
Date et lieu:						Timbre et signature:						

Ce formulaire sera transmis par la suite au médecin chargé de la visite médicale.