

(1) Pays de l'autorité de licence :		(2) Classe du certificat médical demandé : Classe 1 <input type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> Classe 3 <input type="checkbox"/>	
(3) Nom :		(4) Nom de jeune fille :	(12) Visite : initiale <input type="checkbox"/> Prolongation/Renouvellement <input type="checkbox"/>
(5) Prénom(s) :		(6) Date de naissance : (JJ/MM/AAAA)	(7) Sexe : Masc. <input type="checkbox"/> Fém. <input type="checkbox"/>
		(13) Numéro de référence : Aucun <input type="checkbox"/>	
<p>(30) Consentement à la divulgation d'informations médicales: j'autorise par la présente la publication de toutes les informations contenues dans le présent rapport et de tout ou partie des pièces jointes à l'AME et, le cas échéant, à l'évaluateur médical de l'autorité de délivrance des licences, reconnaissant que ces documents ou données stockées électroniquement doivent être utilisés pour compléter une évaluation médicale et deviendront et resteront la propriété de l'autorité de délivrance des licences, à condition que je puisse ainsi que mon médecin y avoir accès, conformément à la législation nationale. Le secret médical sera respecté à tout moment.</p>			
Date :		Signature du candidat :	
		Signature de l'AME :	
(302) Catégories d'examen : <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Approfondi <input type="checkbox"/> Renouvellement ou Revalidation <input type="checkbox"/> Recours spécial		(303) Antécédents ophtalmologiques :	
<b>Examen clinique</b> cochez chaque item	<b>Normal</b>	<b>Anormal</b>	<b>Acuité Visuelle</b>
(304) Yeux, aspect externe & paupières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>(314) Vision de loin à 6 m</b>
			<b>Lunettes    Lentilles de contact</b>
(305) Yeux, segment antérieur (lampe à fente, ophtalmoscope)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Œil droit sans correction    /10    Corrigée à    /10    /10
(306) Position et mobilité oculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Œil gauche sans correction    /10    Corrigée à    /10    /10
(307) Champs visuels (confrontation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vision binoculaire sans correction    /10    Corrigée à    /10    /10
(308) Réflexe pupillaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>(315) Vision intermédiaire à 1 m</b>
			<b>Lunettes    Lentilles</b>
(309) Fond de l'Oeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Œil droit sans correction    /10    Corrigée à    /10    /10
(310) Convergence    cm			Œil gauche sans correction    /10    Corrigée à    /10    /10
(311) Accommodation    D			Vision binoculaire sans correction    /10    Corrigée à    /10    /10
<b>(312) Equilibre oculomoteur (en dioptries prismatiques)</b>		<b>(316) Vision de près à 30-50 cm</b>	
			<b>Lunettes    Lentilles</b>
À la distance de 5/6 mètres	De près à 30-50 cm	Œil droit sans correction	/10    Corrigée à    /10    /10
Ortho	Ortho	Œil gauche sans correction	/10    Corrigée à    /10    /10
Eso	Eso	Vision binoculaire sans correction	/10    Corrigée à    /10    /10
Exo	Exo		
Hyper	Hyper	<b>(317) Réfraction</b>	Sph    Cylindre    Axe    Addition
Cyclo	Cyclo	Oeil droit	
Tropie    Oui    Non	Phorie    Oui    Non	Oeil gauche	
Epreuve de réserve de fusion <input type="checkbox"/> Non effectuée <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale		Réfraction actuelle examinée :    Lunettes prescrites :	
<b>(313) Perception des couleurs</b>		<b>(318) Lunettes :</b>	
<b>(319) Lentilles de contact :</b>			
Planche pseudo-isochromatique type IHIHARA		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nombre de planches présentées :    Nombre d'erreurs		Type	
Autre test de perception des couleurs effectué : Résultat		<b>(320) Tension intra-oculaire</b>	
<b>Vision trichromatique</b> <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale		Méthode <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale	
		Droite :    mmHg    Gauche :    mmHg	
(321) Remarques et recommandations de l'ophtalmologiste :			
(322) déclaration du médecin examinateur / Je certifie par la présente avoir examiné personnellement (ou l'ophtalmologiste de l'AeMC) le demandeur cité dans ce rapport et que ce rapport, (avec ses pièces jointes si il y a lieu), représente parfaitement et correctement mes conclusions.			
(323) Lieu :	Date :	Nom et adresse de l'ophtalmologiste :	
Signature et cachet de l'ophtalmologiste :		E-mail : Téléphone N° : Fax N° :	
		Tampon de l'AME ou du spécialiste avec N°	