

EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE SPECIALISE

PRATIQUE DE COMPETITION AVEC KO AUTORISE

Cette fiche doit être établie par un médecin ophtalmologiste

M./ Mme : NOM Prénom.....

Né (e) le :

Contre-indications absolues :

- Chirurgie intraoculaire et réfractive
 - Kératotomie radiaire,
 - Anneaux intra-cornéen,
 - Lasik,
- Amblyopie (acuité inférieure à trois dixièmes avec correction).
- Myopie supérieure à (3,5) dioptries correspondant à moins de 1/10ème s.c.

ŒIL	Sans correction	Formule corrective	Avec correction
Droit			
Gauche			

Port de lentilles souples autorisé.

1. Acuité visuelle en toutes lettres et sans surcharge en dixièmes et éventuellement avec correction	
---	--

2 Champ visuel au doigt	
--------------------------------	--

3 Mobilité oculaire	
----------------------------	--

4 Milieux transparents	
-------------------------------	--

5 Fond d'œil* après dilatation pupillaire (verre à trois miroirs)	
--	--

*Certaines lésions de la périphérie rétinienne peuvent nécessiter que le médecin décide de la contre-indication et/ou prescrive un traitement laser. Un contrôle devra être effectué après le traitement laser.

6 Anomalie d'ordre pathologique	
--	--

12 Décision médicale (rayer la mention inutile)	
Contre-indication	Non contre-indication

Fait à :

Le :

Signature et cachet du praticien
(Indiquant lisiblement son nom et adresse)