**FICHE 4 : DOSSIER MEDICAL CONCERNANT LA DEFICIENCE VISUELLE**

**Ce dossier doit être rempli par votre médecin ophtalmologue.**

**Il doit être joint au dossier de candidature sous enveloppe cachetée à l’attention du médecin de l’établissement.**

**Complété par :**

NOM du médecin : ………………………………………………………………… Date : ……… / ……… / ………

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………..

Tél. : …………………………………………… Mail : ……………………………………………………………

1. **Pathologie**

|  |  |
| --- | --- |
| **Type de pathologie** | |
| 🞏 **Cause de la pathologie** | |
| 🞏 **Age d’apparition** | |
| 🞏 **Evolution de la pathologie** | |
| **Acuité visuelle :** | 🞏 Œil droit  🞏 Œil gauche  🞏 Binoculaire  🞏 Champ visuel  🞏 Perceptions lumineuses |

1. **Informations complémentaires**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Présence de prothèses** | 🞏 Oui 🞏 Non  …………………………………………………………. | | |
| **Equipements optiques spécifiques** | | 🞏 Oui 🞏 Non  Si oui, lesquels : …………………………………………………………. | |
| **Orientation des perceptions lumineuses ?** | | 🞏 Oui 🞏 Non | |
| **Photophobie ?**  **Eblouissement au changement de luminance ?**  **Héméralopie ?** | | | 🞏 Oui 🞏 Non  Si oui, quel trouble ? : …………………………………………………………. |
| **Altération de la vision des couleurs ?** | | | 🞏 Oui 🞏 Non  Si oui, quel trouble ? |

Fait à …………………………………………………………

Date : ………………………………………………………...

*Cachet et signature du médecin*