**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 🞏 NonSi oui, lesquels : …………………………………………………………. |
| **Orientation des perceptions lumineuses ?** | 🞏 Oui 🞏 Non |
| **Photophobie ?****Eblouissement au changement de luminance ?****Héméralopie ?** | 🞏 Oui 🞏 NonSi oui, quel trouble ? : …………………………………………………………. |
| **Altération de la vision des couleurs ?** | 🞏 Oui 🞏 NonSi oui, quel trouble ? |

Fait à …………………………………………………………

Date : ………………………………………………………...

*Cachet et signature du médecin*