



Pôle de Formation des professionnels de santé
Institut de Formation de Manipulateur d'Electroradiologie Médicale

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE VISUELLE

Je soussigné(e), Docteur, **ophtalmologue**,

Certifie avoir examiné,

né(e) le !__!__!____!

et atteste que la fonction visuelle est compatible avec l'exercice de la profession de manipulateur en électroradiologie médicale (acuité visuelle, tension oculaire, et fond d'œil).

Date :

Coordonnées et tampon du médecin :

Signature :