



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 :