



POLE DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE
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).

Coordonnées du médecin :
.....

Fait à, le !__ !__ !__ !

Cachet et Signature du médecin :