

Certificat optique pour les postulants à la Police cantonale bernoise

Veuillez faire remplir intégralement ce formulaire par un/une ophtalmologue ou un/une opticien/-cienne puis le joindre à la postulation.

Veuillez svp. présenter spontanément une pièce d'identité officielle pour la vérification des données personnelles.

Exigence acuité visuelle corrigée

Des deux côtés min. 0,8 ou un œil corrigé 1,0 et l'autre corrigé 0,6 min.

Nom	Prénom/s
Date de naissance	Lieu d'origine

Acuité visuelle non corrigée												
	<0.1	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	>1.0
droite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acuité visuelle corrigée (lunettes/lentilles de contact existantes)												
	<0.1	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	>1.0
droite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diplopie	<input type="checkbox"/> Non					<input type="checkbox"/> Oui						
Vision stéréoscopique	<input type="checkbox"/> Aucunes ou légères restrictions					<input type="checkbox"/> Importantes restrictions						
Vision de couleur	<input type="checkbox"/> Normale					<input type="checkbox"/> Anormale						
Champ visuel	<input type="checkbox"/> Horizontal au moins 140° *					<input type="checkbox"/> En-dessous de 140°						
* Elargissement: vers la droite et la gauche de 70° au minimum, vers le haut et le bas de 30° au minimum. Le champ visuel cen-tral pour chaque œil doit être normal jusqu'à 30°.												
Remarques												

Lieu, date

Timbre et Signature