

Données concernant votre acuité visuelle.

Prénom/nom _____ Rue, no _____
NPA/lieu _____ Date de naissance _____

A faire remplir par l'ophtalmologue ou l'opticien.

Acuité visuelle non corrigée			Acuité visuelle corrigée		
de loin:	droite	gauche	de loin:	droite	gauche
de près:	droite	gauche	de près:	droite	gauche

Correction

Lunettes:	droite	sph	cyl	A	Lentilles:	droite	sph	cyl	A
	gauche	sph	cyl	A		gauche	sph	cyl	A

Date _____ Timbre et signature de l'ophtalmologue/opticien _____