

## Examen préliminaire de l'acuité visuelle (Recrutement & Sélection ATCO)

Les aspirants/-tes contrôleurs-euses aériens-nes doivent répondre aux exigences d'aptitudes médicales selon les normes et standards d'Eurocontrol (European Class 3 Medical Certification of Air Traffic Controllers). Il est par conséquent absolument indispensable que les capacités visuelles des candidats soient examinées par un ophtalmologue ou un opticien et que le formulaire entièrement rempli par ce dernier soit joint à la candidature. Les frais de cette clarification médicale préalable sont à la charge du candidat.

|                |                           |
|----------------|---------------------------|
| <b>Nom:</b>    | <b>Adresse:</b>           |
| <b>Prénom:</b> | <b>Date de naissance:</b> |

### 1 Résultats de l'examen

|                     | Non | Oui | Genre de lunettes ou de lentilles de contact   |  |
|---------------------|-----|-----|--|--|
| Lunettes            |     |     | <input type="checkbox"/> uni focal   | <input type="checkbox"/> look over                 |
|                     |     |     | <input type="checkbox"/> multifocal  | <input type="checkbox"/> variable                  |
| Lentilles           |     |     | <input type="checkbox"/> uni focal lentilles   | <input type="checkbox"/> multifocal (pas autorisé) |
|                     | Non | Oui | Information complémentaire   |  |
| Vision binoculaire  |     |     |  |  |
| Vision des Couleurs |     |     | Ishihara 24, table de 1 à 15: sans faute.<br><i>(Si le test d'Ishihara n'est pas réussi, d'autres tests sont nécessaires.)</i>                                   |  |
| Opération oculaire  |     |     | Si oui, ajoutez le certificat médical avec vos valeurs d'acuité visuelle avant opération oculaire et les autres documents d'examen à votre candidature en ligne. |  |

### 2 Vision de loin

|                 | Non corrigé |              | Lunettes | Lentilles |
|-----------------|-------------|--------------|----------|-----------|
| D (min 0.7)     |             | corrigé pour |          |           |
| G (min 0.7)     |             | corrigé pour |          |           |
| Binoc (min 1.0) |             | corrigé pour |          |           |

### 3 Vision de près

| 30-50 cm        | Non corrigé |              | Lunettes | Lentilles |
|-----------------|-------------|--------------|----------|-----------|
| D (min 0.6)     |             | corrigé pour |          |           |
| G (min 0.6)     |             | corrigé pour |          |           |
| Binoc (min 0.6) |             | corrigé pour |          |           |

#### 4 Correction de la vue actuelle

(Pour les porteurs de lentilles de contact; indiquez les valeurs pour les lunettes et pour les lentilles de contact)

| Lunettes | D (OD) | G (OS) | Lentilles | D (OD) | G (OS) |
|----------|--------|--------|-----------|--------|--------|
| SPH      |        |        | SPH       |        |        |
| CYL      |        |        | CYL       |        |        |
| AX       |        |        | AX        |        |        |
| ADD      |        |        | ADD       |        |        |

Valeurs maximales acceptées pour les lunettes et les lentilles de contact :  
 Max. SPH correction +5.0/-6.0 dpt  
 Max. CYL correction +/-3.0 dpt  
 Max. Anisométrie 3.0 dpt

#### 5 Hétérophorie

|                              |        |               |                            |                           |                           |
|------------------------------|--------|---------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Orthophorie                  | Si non | Distance 6 m  | Hyper:<br>max. 2 dioptries | Eso:<br>max. 10 dioptries | Exo:<br>max. 8 dioptries  |
| <input type="checkbox"/> Oui |        | De près 33 cm | Hyper:<br>max. 1 dioptries | Eso:<br>max. 8 dioptries  | Exo:<br>max. 12 dioptries |

#### 6 Antécédents personnels

Problèmes de vue, maladie, opérations (joindre le rapport médical de l'opération avec impérativement les valeurs avant opération).

#### 7 Lieu et Date

Signature et timbre de l'ophtalmologue / opticien

.....

.....