



Demande en vue de faire radier/inscrire le code 01 dans le permis de conduire

Données personnelles

Nom (nom de naissance à spécifier s'il ne correspond pas à l'actuel nom de famille)

Prénom(s)

Rue / Numéro

NPA Localité

Lieu(x) d'origine / canton (Pour les étrangers: pays d'origine)

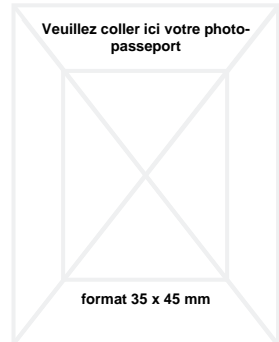
Date de naissance (jour/mois/année)

Numéro de téléphone

Domicile précédent

Femme Homme

▼ Signature du (de la) requérant(e) (à l'intérieur du cadre, en couleur noire) ▼



Ne pas remplir	Contrôle de la demande	ADMAS
	Médecin	Conditions
	Remarques	(No de référence)

Lieu et date:

► Examen ophtalmologique, à remplir par un oculiste autorisé ou un médecin (valable 24 mois) ◀

Vue non corrigée

(veuillez cocher ce qui convient)

à droite	<input type="checkbox"/> < 0.1	<input type="checkbox"/> 0.1	<input type="checkbox"/> 0.2	<input type="checkbox"/> 0.3	<input type="checkbox"/> 0.4	<input type="checkbox"/> 0.5	<input type="checkbox"/> 0.6	<input type="checkbox"/> 0.7	<input type="checkbox"/> 0.8	<input type="checkbox"/> 0.9	<input type="checkbox"/> 1.0	<input type="checkbox"/> > 1.0
à gauche	<input type="checkbox"/> < 0.1	<input type="checkbox"/> 0.1	<input type="checkbox"/> 0.2	<input type="checkbox"/> 0.3	<input type="checkbox"/> 0.4	<input type="checkbox"/> 0.5	<input type="checkbox"/> 0.6	<input type="checkbox"/> 0.7	<input type="checkbox"/> 0.8	<input type="checkbox"/> 0.9	<input type="checkbox"/> 1.0	<input type="checkbox"/> > 1.0

Vue corrigée

à droite	<input type="checkbox"/> < 0.1	<input type="checkbox"/> 0.1	<input type="checkbox"/> 0.2	<input type="checkbox"/> 0.3	<input type="checkbox"/> 0.4	<input type="checkbox"/> 0.5	<input type="checkbox"/> 0.6	<input type="checkbox"/> 0.7	<input type="checkbox"/> 0.8	<input type="checkbox"/> 0.9	<input type="checkbox"/> 1.0	<input type="checkbox"/> > 1.0
à gauche	<input type="checkbox"/> < 0.1	<input type="checkbox"/> 0.1	<input type="checkbox"/> 0.2	<input type="checkbox"/> 0.3	<input type="checkbox"/> 0.4	<input type="checkbox"/> 0.5	<input type="checkbox"/> 0.6	<input type="checkbox"/> 0.7	<input type="checkbox"/> 0.8	<input type="checkbox"/> 0.9	<input type="checkbox"/> 1.0	<input type="checkbox"/> > 1.0

Champ visuel horizontal

≥ 120° < 120° 1^{er} groupe ≥ 140° < 140° 2^e groupe

Défaillances? non oui à droite à gauche

en haut en bas

Résultat

1 2

Exigences requises du groupe sont remplies.

avec sans Correcteurs de vue

seulement sur avis d'un ophtalmologue

Mobilité des yeux

Examinée à droite en haut, à droite, à droite en bas, à gauche en haut, à gauche, à gauche en bas.

Diplopie

Existante? non oui, direction

Remarques:

Sceau et signature de l'opticien

Nom (identité vérifiée)

Prénom(s)

Date de naissance (jour/mois/année)

Date