



**Pôle de Formation des professionnels de santé  
Institut de Formation de Manipulateurs 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).

Date :

Coordonnées et tampon du médecin :

Signature :