



1. PERSONAL DATA / Données personnelles

FAMILY NAME:

Nom:

BIRTHDATE:

Date de naissance:

NAME:

Prénom:

SEX:

Sexe:

ADDRESS:

Adresse:

CITY:

Ville:

COUNTRY:

Pays:

2. GENERAL EXAMINATION / Examen général

PLACE:

Lieu:

DATE:

Date:

PRACTITIONER'S SIGNATURE

Signature du Médecin

PULSE:

Pouls:

HEART

Cœur:

SEAL OF THE PRACTITIONER

Seau du Médecin

BLOOD PRESURE:

Tension artérielle:

3. OPHTHALMOLOGICAL EXAMINATION / Examen ophtalmologique

VISUAL ACUITY:

Acuité visuelle:

PRACTITIONER'S SIGNATURE

Signature du Médecin

FIELD OF VISION:

Champ visuel:

SEAL OF THE PRACTITIONER

Seau du Médecin

CHROMATIC SENSE:

Sens chromatique:

4. DECISION / Décision

I, the undersigned, certify that the above-mentioned person has the following state of Health:

Je, le soussigné, déclare que la personne susmentionnée à la condition physique suivante:

SATISFACTORY:

Satisfaisante:

NOT SATISFACTORY:

NON satisfaisante:

and he/she is therefore ABLE

et est par conséquent apte:

NOT ABLE:

NON apte:

to participate in the course he/she has registered for / à participer au cours pour lequel elle s'est inscrite

PRACTITIONER'S SIGNATURE AND SEAL

Signature et Seau du Médecin

DATE:

Date: