# Certificat ophtalmologique pour la pratique sportive - UNADEV

Je soussigné(e), Docteur :

CERTIFIE AVOIR EXAMINE CE JOUR

Nom et Prénom :

Date de naissance : Sexe : [ ]  Masculin [ ]  Féminin

Et n’avoir constaté **AUCUNE CONTRE-INDICATION** à la pratique sportive

[ ]  De compétition

[ ]  De loisir

Remarques restrictives éventuelles :

Informations sur la déficience visuelle (champ obligatoire) :

[ ]  B1 : Aucune sensibilité à la lumière des deux yeux jusqu’à sensibilité à la lumière sans reconnaissance des objets ni des contours, dans toutes les directions, et à n’importe quelle distance.

[ ]  B2 : Reconnaissance des objets ou des contours jusqu’à une acuité visuelle de 2/60 et/ou une limitation du champ visuel de 5 degrés.

[ ]  B3 : Acuité visuelle de 2/60 à 6/60 ou limitation du champ visuel de 5 à 20 degrés.

**Cocher les activités pratiquées page 2**

**Ne pas oublier de dater et signer le certificat**

**Ce certificat peut être considéré comme :**

[ ]  Permanent

[ ]  Valable 3 ans

Tourner SVP

# Liste des activités UNADEV

Cocher toutes les activités concernées par ce certificat médical en spécifiant le type de pratique (loisir ou compétition) :

**Activités sportives Compétition Loisir Activités sportives Compétition Loisir**

AÏKIDO [ ]  [ ]  KARATÉ [ ]  [ ]

AQUAGYM [ ]  [ ]  MUSCULATION [ ]  [ ]

ATHLETISME [ ]  [ ]  NATATION [ ]  [ ]

AVIRON [ ]  [ ]  PARACHUTISME [ ]  [ ]

BADMINTON [ ]  [ ]  PATINAGE [ ]  [ ]

BASKET-BALL [ ]  [ ]  PECHE [ ]  [ ]

BILLARD [ ]  [ ]  PILATES [ ]  [ ]

BLIND-TENNIS [ ]  [ ]  PLONGEE SOUS MARINE [ ]  [ ]

BOWLING [ ]  [ ]  RANDONNEE PEDESTRE [ ]  [ ]

BOXE [ ]  [ ]  RANDONNEE FTT [ ]  [ ]

CANNE FRANCAISE [ ]  [ ]  ROLLER [ ]  [ ]

CANOË-KAYAK/PIROGUE [ ]  [ ]  RUGBY [ ]  [ ]

CECIFOOT [ ]  [ ]  RUGBY XIII [ ]  [ ]

CECI PETANQUE [ ]  [ ]  SARBACANE [ ]  [ ]

CHAR A VOILE [ ]  [ ]  SHOWDOWN [ ]  [ ]

COURSE D’ORIENTATION [ ]  [ ]  SKI ALPIN [ ]  [ ]

CROSSFIT [ ]  [ ]  SKI EN SALLE [ ]  [ ]

CYCLISME TANDEM [ ]  [ ]  SKI NAUTIQUE [ ]  [ ]

DANSE [ ]  [ ]  SKINORDIQUE/BIATHLON [ ]  [ ]

ECHECS [ ]  [ ]  SNOWBOARD [ ]  [ ]

EQUITATION [ ]  [ ]  TAEKWANDO/TAICHI CHUAN [ ]  [ ]

ESCALADE [ ]  [ ]  TIR A L’ARC [ ]  [ ]

ESCRIME [ ]  [ ]  TIR SPORTIF [ ]  [ ]

FITNESS [ ]  [ ]  TORBALL/GOALBALL [ ]  [ ]

GOLF [ ]  [ ]  TRIATHLON [ ]  [ ]

GYMNASTIQUE [ ]  [ ]  VOILE [ ]  [ ]

HALTHEROPHILIE [ ]  [ ]  VOL A VOILE [ ]  [ ]

HANDBALL [ ]  [ ]  YOGA [ ]  [ ]

JUDO [ ]  [ ]  AUTRES : [ ]  [ ]

**Nombre de cases cochées** : Cachet professionnel et signature du médecin :

**Date de l’examen** :