|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Province\* | Club\* |
|  |  |
| \*Mentions préalables obligatoires |

**EXAMEN D'APTITUDE OPHTALMO 2024**

**A REALISER OBLIGATOIREMENT PAR UN OPHTALMOLOGUE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :** |  |
| **Prénom :** |  |
| **Date de naissance :** |  |
| **Adresse :** |  |
| **Tel./GSM :** |  |
| **E-mail :** |  |

Cher Confrère,

Pourriez-vous réaliser chez ce patient un examen ophtalmologique approfondi ?

Puis-je vous demander, également, de contrôler, en préalable, l’exactitude de l’identité du demandeur ?

Cet examen doit servir à établir la capacité du demandeur à pratiquer le sport automobile et le karting et s’assurer que sa vision répond aux normes imposées par la F.I.A. :

a) acuité visuelle : avant ou après correction au moins 9/10° pour chaque œil, ou 8/10° un œil avec 10/10 pour l’autre. Tout sujet ayant une acuité visuelle diminuée et non améliorable portant sur un seul œil mais ayant obligatoirement une vision controlatérale corrigée ou non, égale ou supérieure à 10/10°, peut obtenir une licence de conducteur sous les conditions suivantes et après contrôle par un ophtalmologiste qualifié :

 - conformité avec les points b, c et d ;

 - état du fond d’œil excluant une rétinopathie pigmentaire ;

 - toute lésion, ancienne ou congénitale, sera unilatérale ;

 - la cécité unilatérale est une contre indication absolue si elle date de moins de 5 ans. Si elle date de plus de 5 ans, seule la Commission médicale de la FIA peut décider de l’aptitude.

b) Vision des couleurs : normale (en cas d'anomalie, recours à la table d'ISHIHARA et en cas d'erreur, test de FAMGWORTH ou système analogue) ; en tout cas, pas d'erreur dans la perception des couleurs des drapeaux utilisés lors des compétitions internationales.

c) Champ de vision statique de 120° au minimum ; les 20° centraux doivent être indemnes de toute altération.

d) Vision stéréoscopique : fonctionnelle. En cas d’anomalie recours aux tests de WIRTH, de BAGOLINI (verres striés) ou tests analogues.

e) Correction de la vision : verres de contact sont admis à condition :

 - qu'ils aient été portés depuis au moins 12 mois et chaque jour pendant une durée significative

* + - et que l’ophtalmologiste les certifie appropriés à la course automobile.

Je vous prie de bien vouloir **compléter la partie du formulaire ‘Attestation d’aptitude médicale (ASAF)’ qui vous est réservée** la durée de l’éventuel agrément que vous accordez au demandeur et de lui remettre, également, le document ci-joint, comportant vos observations (à charge pour lui de le conserver, à toutes fins utiles).

En vous remerciant de votre bonne collaboration, je vous prie d'agréer, Cher Confrère, l'assurance de mes sentiments confraternels.

Le Médecin examinateur (cachet, date, signature)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Province\* | Club\* |
|  |  |
| \*Mentions préalables obligatoires |

**EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE 2024**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :** |  |
| **Prénom :** |  |
| **Date de naissance :** |  |
| **Adresse :** |  |
| **Tel./GSM :** |  |
| **E-mail :** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Antécédents oculaires |  |  |  |
| Troubles oculaires actuels |  |  |  |
| Inspection-examen biomicroscopique |  |  |  |
| Motilité oculaire Cover test |  |  |  |
| Existence d'une diplopie |  |  |  |
| Réflexes pupillaires et cornéens |  |  |  |
| Acuité visuelle centrale de loin |  | Œil gauche | Œil droit |
|  | Sans correction |  |  |
|  | Avec correction |  |  |
| Sens chromatique | Ishiara |
|  | Farnsworth D15 |
| Couleur des drapeaux noir, blanc, rouge, jaune, bleu, vert | Perception normale | O oui O non |
| Fond d'œil | Gauche |
|  | Droit |
| Champ visuel mesuré dans les diamètres 0° - 180°/90° - 270°/45° - 225°/135° - 315° à reporter sur schéma à annexer |
| **Autres anomalies :** |
| **L'examen ophtalmologique de l'intéressé satisfait aux normes FIA :** | O oui O non |
| (Les résultats de l’examen ont été remis au demandeur, le ……………..……………)**Certifié exact,** |
| Date : | Signature et cachet : |