

Photo  
d'identité

## CERTIFICAT OPHTALMOLOGIQUE HANDISPORT

Je soussigné Docteur : \_\_\_\_\_

Spécialiste en ophtalmologie, certifie avoir vu en consultation ce jour

M. \_\_\_\_\_

qui m'a déclaré pratiquer le \_\_\_\_\_ (*indiquer la discipline*)

Il ne présente aucune contre indication ophtalmique décelable à la pratique de  
cette discipline, avec toutefois interdiction de \_\_\_\_\_

Classification Nationale : B...

*Si acuité > à 1/10 et/ou champ > à 20° indiquer B4*

Ce certificat peut-être considéré comme :

Permanent

Valable 1 an

Date

\_\_\_\_\_

Tampon et signature du praticien

\_\_\_\_\_