



REMARQUES (contre-indication ou demande particulière) :

.....

.....

.....

Le/la répondant/e de l'accueil

(Les collaborateurs du CIR sont tenus au secret professionnel selon la loi fédérale sur la protection des données)

CAPACITÉS VISUELLES SUPÉRIEURES AUX NORMES ABA

CRITÈRES ABA (CIR, BBR, FOYER)

Signature du/de la répondant(e) :

Date :

Timbre et signature de l'ophtalmologue :

Date :