

Vision Report
Rapport d'examen de la vue

CBF MEMBERSHIP # / MEMBRE CBF

Date of Birth / Date de naissance Y/A M DJJ

Date of Application / Date d'entrée en vigueur Y/A M DJJ

Last Name, First Name and Middle Initial / Nom, prénom et initiale

Street No. and Name or Lot, Conc. and Township / N° et rue ou lot, conc. et canton

Apt. No. / N° d'app.

City, Town or Village / Ville ou village

Postal Code / Code postal

Result of Examination / Résultats de l'examen

1. Visual Acuity Acuité visuelle	Right Eye Oeil droit	Left Eye Oeil gauche	Both Eyes Oeil gauche et oeil droit	2. Horizontal Peripheral Fields Champs de vision périphériques horizontaux	Degrees Degrés
Without Corrective Lenses Sans verres correcteurs prescrits	20 /	20 /	20 /	Right Eye Oeil droit	Temporal Field Champ temporal Nasal Field Champ nasal
With Corrective Lenses Avec les verres actuellement prescrits	20 /	20 /	20 /	Left Eye Oeil gauche	Temporal Field Champ temporal Nasal Field Champ nasal
				Both eyes open and examined together Les deux yeux ouverts et examinés ensemble	

COLOR VISION / RED / GREEN / YELLOW / WHITE / BLACK Test used _____ # Plates _____ # Error _____
 VISION COULEUR ROUGE / VERT / JAUNE / BLANC / NOIR

Heterophoria – Diopters Distance _____ Escophoria _____ Exophoria _____ Right H _____ Left H _____

Comments / Observations

Certification for driver licence Yes / Oui No / Non

Physician or Optometrist / Médecin ou optométriste
 Last Name, First Name and Middle Initial / Nom, prénom et initiale

Street No. and Name or Lot, Conc. and Township / N° et rue ou lot, conc. et canton

Apt. No. / N° d'app.

City, Town or Village / Ville ou village

Postal Code / Code postal

Signature

Date Y/A M DJJ

Please return the completed form to:
 CBFNC
 2-907 DES ORCHIDÉES
 VALLEYFIELD QC J6S6V3
 TEL 450-377-4122
CBFNC@CBFNC.CA WWW.CBFNC.CA

Veillez retourner le formulaire rempli à :
 CBFNC
 2-907 DES ORCHIDÉES
 VALLEYFIELD QC J6S6V3
 TEL 450-377-4122
CBFNC@CBFNC.CA WWW.CBFNC.CA