

Vision Report
Rapport d'examen de la vue

CBFNC

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
Without Corrective Lenses Sans verres correcteurs prescrits	20 /	20 /	20 /
With Corrective Lenses Avec les verres actuellement prescrits	20 /	20 /	20 /

2. Horizontal Peripheral Fields Champs de vision périphériques horizontaux	Degrees Degrés
Right Eye Oeil droit	Temporal Field Champ temporal Nasal Field Champ nasal
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
 142 SAINT-PHILIPPE
 SALABERRY DE VALLEYFIELD QC J6S3H4
 TEL 450-377-4122
 info@cbfnc.ca

Veillez retourner le formulaire rempli à :

CBFNC
 142 SAINT-PHILIPPE
 SALABERRY DE VALLEYFIELD QC J6S3H4
 TEL 450-377-4122
 info@cbfnc.ca