



Administration de l'Expertise médicale – Centre médical de

**Certificat médical relatif à l'aptitude physique et psychique
en navigation rhénane ou intérieure**

Cocher la mention qui convient ou remplir

Nom		Prénoms						
Lieu de naissance		Date de naissance		Pièce d'identité				
I. Vision	1. Vision diurne							
	<input type="checkbox"/> non corrigée	gauche	droite	<input type="checkbox"/> corrigée	gauche	droite		
	2. Vision à l'aube et au crépuscule ¹				<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
	3. Adaptation au noir ^{1<td><input type="checkbox"/> oui</td><td><input type="checkbox"/> non</td><td colspan="2"></td>}				<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
	4. Champ visuel sans restrictions examen périmétrique ¹				<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
	5. Sens chromatique suffisant examen à l'anomaloscope ¹				<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
	6. Problème de motilité minime				<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
	Résultat de l'examen				<input type="checkbox"/> suffisante	<input type="checkbox"/> suffisante après correction		
II. Ouïe	Appareil auditif		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui				
	Pertes auditives dépassent 40 dB sur gauche		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui				
	les fréquences 500, 1000, 2000 et 3000 Hz droite		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui				
	Résultat de l'examen		<input type="checkbox"/> suffisante	<input type="checkbox"/> suffisante avec appareil auditif			<input type="checkbox"/> insuffisante	
III. Maladies ou défaillances physiques	Signes d'autres maladies ou défaillances physiques de nature à exclure ou à limiter l'aptitude							
	<input type="checkbox"/> non existants <input type="checkbox"/> existants							

Appréciation globale

- apte
 aptitude limitée (Indication de conditions, voir au verso)
 aptitude limitée, avec appareil auditif
 aptitude limitée, avec correction de la vision
 inapte

Lieu /date

Signature/Cachet

¹ A vérifier uniquement en cas de doute.
Exigences et méthodes de contrôle : voir annexe B1

Observations relatives à la partie III – Maladies ou défaillances physiques

...