

15 Avril 2019

DOSSIER N°

==== FICHE N° 2 ====

**VERIFICATION DE LA VISION**A EXERCER LE(S) METHODE(S) DE CND  
*To carry-out the NDT methods*

ET

IRT

MT

PT

RT

ST

UT

LT

Autres  
*Other*

SOCIETE  
*Company*

SITE  
*Plant*

NOM DE L'AGENT  
*Name*

PRENOMS  
*First name*

**TESTS EFFECTUES / TESTS PERFORMED (1):****Vision rapprochée** pour au moins un œil, avec ou sans correction  
*Near Vision Options in at least one eye, natural or corrected***Snellen 20/25** à une distance de 41 cm +2/-3 cm  
*20/25 (Snellen) at 16" (40.64 cm) +/- 1" (2.54 cm)***Jaeger n° 1** à une distance minimum de 30,48 cm (12")  
*Jaeger No. 1 at not less than 12" (30.48 cm)***Test "Tumbling E"** conformément à la norme ISO 18490  
*Tumbling E in accordance with ISO 18490***Perception des couleurs / Color Perception:**Le personnel doit être capable de distinguer et de différencier les couleurs utilisées dans la méthode concernée.  
*Personnel shall be capable of adequately distinguishing and differentiating colors used in the process involved.*Oui Suivant le test  
*Yes According to test*Non Date du dernier test  
*No Date of the last test***RESULTAT GLOBAL DE L'EXAMEN / TEST RESULT (1):**L'agent est apte à appliquer les méthodes de contrôle non destructif pour lesquelles la certification est demandée, selon les deux critères ci-dessus.  
*The personal is able to apply the non-destructive methods for which certification is requested according to the two above criteria's.*Avec correction de l'acuité visuelle / *With vision correction*Sans correction de l'acuité visuelle / *Without vision correction***Qualité du signataire / Signed by (1)**Niveau 3 Responsable  
*Responsible level 3*Nom  
*Name*Personnel médical désigné  
*Designated medical staff*Date  
(mmaaaa)  
(mmyyyy)Personnel formé et approuvé  
*Trained and authorized staff*

Signature :

**(1)** Cocher la case correspondante / *Tick the relevant box***Note : La mention "avec correction de l'acuité visuelle" s'entend sans verres photochromiques.**  
*The sentence "with vision correction" means without photochromic lenses.***IMPORTANT :** **Cet imprimé renseigné est seul admis pour le dossier de certification comme justification de l'acuité visuelle.***This form filled is only admitted for the certification as evidence of vision examination.*