



ROYAUME DU MAROC
 MINISTÈRE DE LA SOLIDARITÉ, DE LA FEMME,
 DE LA FAMILLE ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

4

HANDICAP VISUEL

PRIERE REMPLIR LE PRESENT DOSSIER COMME SUIT :

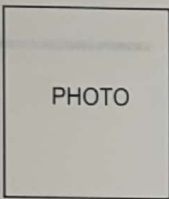
- CASE A COCHER

OUI

- DATE EN JJ.MM.AAAA

- UTILISER LES LETTRES CAPITALES POUR RENSEIGNER TOUS LES CHAMPS

A IDENTIFICATION



REGION :

PROVINCE :

COMMUNE :

NOM PRENOM :

DATE DE NAISSANCE SEXE M F

DATE DEBUT D'INVALIDITE

CAUSE PRESUMEE

B EXAMEN MEDICAL

B1. DEGRE DU HANDICAP

1. ACUITE VISUELLE CORRIGEE

	>3/10	3/10 - 1/10	1/10 - CLD* à 6 m	CLD 6 m - CLD 3 m	< CLD 3 m	PERCEPTION LUMINEUSE	ABSENCE DE PERCEPTION LUMINEUSE
OD							
OG							

2. CHAMP VISUEL

	>60°	60 - 20°	20 - 10°	10 - 5°	< 5°	0°
OD						
OG						

3. AUTRES

DIPLOPIE HEMERALOPIE DYSCHROMATOPSIE DIVERS

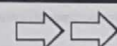
4. ABSENCE D'UN ŒIL (DEFICIENCE VISUELLE + DEFICIENCE ESTHETIQUE)

OUI NON SI OUI LEQUEL ŒIL DROIT ŒIL GAUCHE

B2. CONCLUSION

DEGRES DU HANDICAP VISUEL EN TENANT COMPTE DE L'ACUITE VISUELLE, DU MEILLEUR ŒIL CORRIGE DU CHAMP VISUEL, DE LA VISION DES COULEURS ET AUTRES.

- (1) CECITE TOTALE NECESSITANT UNE TIERCE PERSONNE
- (2) DEFICIENCE VISUELLE PROFONDE
- (3) DEFICIENCE VISUELLE MOYENNE
- (4) DEFICIENCE VISUELLE LEGERE



C CERTIFICAT

Je soussigné, Docteur : Spécialiste en

Exerçant à : Certifie avoir examiné :

Nom, Prénom :

Qui présente :

Ayant pour origine présumée :

Fait à : Le :

Signature :

D AVIS DE LA COMMISSION MEDICALE PROVINCIALE

DE : Le :

Empty box for text or notes.

SIGNATURES

--	--	--	--	--	--

E AVIS DE LA COMMISSION TECHNIQUE CENTRALE

HANDICAP CONFIRME (DOSSIER ACCEPTE) PAS DE HANDICAP (DOSSIER REFUSE)

DEGRE DU HANDICAP VISUEL **LEGER** **MOYEN** **PROFOND**

POUR UNE DUREE **DEFINITIVE** **NON DEFINITIVE** **EVOLUTIVE**

NECESSITANT UNE TIERCE PERSONNE **OUI** **NON**

SIGNATURES

Le :

--	--	--	--	--	--