

01/04/2022

## ==== 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):****Test "Tumbling E" conformément à la norme ISO 18490 / Tumbling E in accordance with ISO 18490****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) \***

\*Vision rapprochée pour au moins un œil, avec ou sans correction

\*Near Vision Options in at least one eye, natural or corrected

Note: Les tests de vision et de distance artificiels ne sont pas autorisés / Simulated vision test and distance is not permitted.

**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.*Suivant le test  
*According to test*Date du dernier test  
*Date of the last test*Test réussi / Pass  
Test échoué / FailedArbitrage par Niveau 3 responsable en cas de limitation ou d'échec  
*Arbitration by responsible Level 3 in case of limitation or failure***RESULTAT GLOBAL DE L'EXAMEN / TEST RESULT (1):**

L'agent est autorisé à appliquer les méthodes de contrôle non destructif pour lesquelles la certification est demandée, selon les deux critères ci-dessus.

*The personal is allowed 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 afin de justifier l'acuité visuelle.***This form filled is only admitted for the certification as evidence of vision examination.*