



## Vérification de la vision

A EXERCER LE(S) METHODE(S) DE CND <i>To carry-out the NDT methods</i>	ET  RT	IRT	MT	PT
		ST	UT	LT

AUTRES  
*Other*

SOCIETE

*Company*

SITE

*Plant*

NOM DE L'AGENT

*Name*

PRENOMS

*First name*

### **TESTS EFFECTUÉS / 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.*

Siégeant le test <i>According to test</i>	Date du dernier test <i>Date of the last test</i>	Test réussi / Pass  Test échoué / Failed
--	--	--

*Arbitrage 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 <i>Responsible level 3</i>	Nom: <i>Name</i>
Personnel médical désigné <i>Designated medical staff</i>	Date: <i>(mmaaaa)</i>
Personnel formé et approuvé <i>Trained and authorized staff</i>	(mmyyyy) 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.*