groupecwb

Formulaire CWB 504F/2026-01

Formulaire d'acuité visuelle du personnel END

SECTION 1 : IDENTIFICATION DU DEMANDEUR (en lettres moulées) :

Nom du demandeur : _____ Numéro d'enregistrement : _____

*Courriel : _____

*Je comprends que toutes les communications officielles à venir me seront envoyées par courrier électronique (courriel) et qu'il est de ma responsabilité d'informer le Groupe CWB de tout changement de mon adresse courriel. Initiales : _____

SECTION 2 : EXIGENCES EN MATIÈRE DE VISION DES COULEURS :

La vérification de la vision des couleurs et/ou de la perception des niveaux de gris doit être effectuée par un médecin, une infirmière, un ophtalmologiste ou un optométriste agréé; ou par un autre professionnel qualifié, agréé et dont la qualification est documentée par un membre du personnel de niveau 3 agissant pour le compte de l'employeur. L'examen de la vue doit avoir été effectué au plus tard 12 mois avant la date de réception du présent formulaire par le CWB.

La vision des couleurs et/ou de la perception des niveaux de gris doivent être suffisantes pour permettre à la personne de distinguer et de différencier les couleurs ou les nuances de gris utilisées dans les méthodes/techniques END concernées, telles que spécifiées par l'employeur.

Le test de vision des couleurs doit soit confirmer que la personne possède une vision des couleurs acceptable sans restriction, soit indiquer toute limitation de la perception des couleurs. Le test d'Ishihara à 24 planches est un exemple de test de vision des couleurs approprié.

SECTION 3 : DÉCLARATION DE LA PERSONNE ADMINISTRANT LE TEST DE VISION DES COULEURS :

Ceci est pour certifier que moi, _____ j'ai effectué un examen d'acuité visuelle
Nom complet (en lettres moulées)

à _____ le _____
Nom du demandeur (en lettres moulées) Date de l'examen (MM / JJ / AAAA)

Je certifie également que le demandeur : (cochez la case applicable)

☐ Répond aux exigences en matière de vision énoncées à la section 2.

☐ Répond aux exigences de la section 2 avec les restrictions suivantes :

☐ Ne répond pas aux exigences en matière de vision énoncées à la section 2.

Cochez l'une des cases suivantes :

☐ Optométriste ☐ Ophtalmologiste ☐ Médecin

☐ Infirmière autorisée ☐ Autre professionnel qualifié (Demande initiale END uniquement - Les candidats de Niveau 3 ONGC doivent remplir le formulaire 509)

Nom de l'organisme : _____

Adresse : _____

Signature de l'examinateur : _____ N° de tél. : _____

À l'usage exclusif du CWB :

Examiné par : _____ Date : _____

VEUILLEZ JOINDRE CE RAPPORT DÛMENT REMPLI À VOTRE DEMANDE ET L'ENVOYER AU CWB.

CONSERVEZ UNE COPIE POUR VOS DOSSIERS.