

DOCUMENT OFFICIEL POUR L'OBTENTION DU CERTIFICAT SUISSE DE CAPACITE POUR LA CONDUITE DE YACHTS EN MER (PERMIS MER)

## ATTESTATION MEDICALE DE LA CAPACITE AUDITIVE

Nom/Prénom \_\_\_\_\_

Né/e le \_\_\_\_\_

Rue et no. \_\_\_\_\_

CP/Domicile \_\_\_\_\_

1. L'examen doit être effectué par un médecin diplômé.

2. Exigences de capacité auditive:

En langage de conversation, des deux côtés 3m., et 6m. en cas de surdité d'un côté, **ou** par audiogramme d'un côté dans les fréquences de 125Hz à 1000Hz, pas inférieur à 30dB et par 2000Hz pas inférieur à 40dB (sans appareil auditif).

**Résultats:**

**Langage de conversation:**

<b>droite:</b>	réussi	<input type="checkbox"/>	pas réussi	<input type="checkbox"/>
<b>gauche:</b>	réussi	<input type="checkbox"/>	pas réussi	<input type="checkbox"/>
<b>par surdité d'un côté:</b>	réussi	<input type="checkbox"/>	pas réussi	<input type="checkbox"/>

ou (si exigences en langage de conversation non réussies)

**Fréquences de l'audiogramme:**

<b>125Hz à 1000Hz pas inférieur à 30dB:</b>	réussi	<input type="checkbox"/>	pas réussi	<input type="checkbox"/>
<b>2000Hz pas inférieur à 40dB:</b>	réussi	<input type="checkbox"/>	pas réussi	<input type="checkbox"/>

<b>Exigences remplies sans appareil auditif:</b>	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
--	-----	--------------------------	-----	--------------------------

<b>Doit porter un appareil auditif:</b>	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
---	-----	--------------------------	-----	--------------------------

3. Remarques

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Timbre + Signature du médecin: