

## **Vision Report to the Registrar of Motor Vehicles** (As Required by Highway Traffic Act, Section 204)

## Rapport d'examen de la vue présenté au Registrateur des véhicules automobiles

(Tel qu'exogé par l'article 204 du Code de la route)

Driver's Licence No. / N° du permis de conduire			Date of	Date of Birth/Date de naissance					Date of Application/Date d'entrée en vigueur							
				Y/A M D	)/J					IVI	D/-					
Last Name, First Name and Middle Initial / N	om, prénoi	m et initiale														
Street No. and Name or Lot, Conc. and Towr	nship / N°	et rue ou lo	, conc. et ca	anton					Apt	. No. /	/ N° d	app.				
City, Town or Village / Ville ou village									Pos	stal Co	ode / 0	Code	postal			
						ı										
D 14 65 1 11 10 10 14 1					,											
Result of Examination / Résultat  1. Visual Acuity	Right Eye	Left Eye	Both Eves	2. Horizontal Periphe	eral Fie	lds					egrees	S				
Acuité visuelle	Oeil droit	Oeil gauche	Oeil gauche et oeil droit	Champs de vision	périph				ux	De	egrés					
Without Corrective Lenses Sans verres correcteurs prescrits	20 /	20 /	20 /	Right Eye	Temporal Field Champ temporal											
				Oeil droit		Nasal Field Champ nasal										
				Laff Tue				Field	al							
With Corrective Lenses Avec les verres actuellement prescrits			20./	Left Eye Oeil gauche			amp te		aı							
	20 /	20 /	20 /				amp n									
				Both eyes open and Les deux yeux ouver					е							
Other Conditions     Autres états pathologiques																
comments / Observations																
s your patient aware of this report? / Votre p	atient est-il	au courant	de ce rappo	ort? Yes Oui			No Non									
Physician or Optometrist / Méde	cin ou o	otométri	ste													
ast Name, First Name and Middle Initial / N	om, prénoi	m et initiale														
treet No. and Name or Lot, Conc. and Towr	nship / N°	et rue ou lo	, conc. et ca	anton					Apt	. No. /	'N° d	арр.				
ity, Town or Village / Ville ou village									Pos	stal Co	ode / (	Code	posta			
signature						ı	Date		Y/A		M		D/J			
Please return the Ministry of Trans			•	/euillez retourner le				ransp								

completed form to:

Medical Review Section 2680 Keele Street Downsview, Ontario M3M 3E6

416 235-1773 or 1 800 268-1481 On-line fax 416 235-3400 or 1 800 304-7889

formulaire rempli à : Section d'étude des dossiers médicaux

2680, rue Keele

Downsview (Ontario) M3M 3E6 416 235-1773 ou 1 800 268-1481

Nº de télécopieur 416 235-3400 or 1 800 304-7889