



2150 Meadowvale Blvd.
 Mississauga, Ontario L5N 6R6
 Tel: (905) 858-3060 Fax: (905) 858-3111

**REPORT OF EYE EXAMINATION
 FOR DRIVERS
 EXAMEN DE LA VUE
 POUR CONDUCTEURS**

RETURN TO / RETOURNER A: STANDARDBRED CANADA

SC007

LAST NAME NOM DE FAMILLE		FIRST NAME PRENOM	MEMBERSHIP No No D'ADHÉSION	
STREET NO. NO. DE RUE		P.O. BOX CASE POSTALE	R.R.	APT. APP.
CITY/TOWN VILLE/VILLAGE		PROV.	POSTAL CODE CODE POSTAL	
TELEPHONE - RES. TELEPHONE - MAISON		TELEPHONE - BUS TELEPHONE - BUREAU		
<input type="checkbox"/> MALE MASCULIN	<input type="checkbox"/> FEMALE FÉMININE	IF MARRIED FEMALE, GIVE MAIDEN NAME SI MARIÉE, NOM DE CELIBATAIRE		
DATE OF BIRTH DATE DE NAISSANCE M/M D/J Y/A		OCCUPATION		

EYE EXAMINATION / EXAMEN DE LA VUE

(WITHOUT GLASSES) FOR DISTANCE (SANS CORRECTIF) POUR LA DISTANCE	RIGHT DROIT	20/	LEFT GAUCHE	20/
(WITH GLASSES) FOR DISTANCE (AVEC CORRECTIF) POUR LA DISTANCE	RIGHT DROIT	20/	LEFT GAUCHE	20/
EVIDENCE OF DISEASE OR INJURY SIGNES DE MALADIE OU LÉSION				
HORIZONTAL FIELD OF VISION (BY CONFRONTATION TEST) CHAMP VISUEL HORIZONTAL (TEST DE CONFRONTATION)	RIGHT DROIT		LEFT GAUCHE	

SIGNATURE OF EXAMINING DOCTOR SIGNATURE DU MÉDICIN TRAITANT	X	DATE: MM / DJ / YA
NAME AND ADDRESS OF EXAMINING DOCTOR / NOM ET ADRESSE DU MÉDICIN		
TEL:		

FOR OFFICE USE ONLY / A L'USAGE DU BUREAU SEULEMENT