

**1**

**ETAT CIVIL ET COORDONNEES DU DEMANDEUR À REMPLIR À L'ENCRE NOIRE, EN LETTRES MAJUSCULES SANS ACCENT NI RATURE**

Nom de naissance   
(C'est le nom qui figure sur votre acte de naissance)

Prénom(s)   
(Dans l'ordre de l'état civil)

Nom d'usage (s'il y a lieu)   
(ex : nom d'époux(se))

Date de naissance : Jour  Mois  Année  Sexe : Femme  Homme  Téléphone portable (Recommandé)

Commune de naissance  Département ou Collectivité d'outre-mer

Pays   
(Si vous êtes né(e) à l'étranger)

Adresse : N° de la voie  Extension : bis, ter, etc.  Type de voie : avenue, boulevard, etc.   
Nom de la voie

Complément d'adresse   
(Étage, escalier, appartement - Immeuble, bâtiment, résidence - Lieu-dit, Boîte postale, Commune déléguée)

Code postal  Commune

Courriel (Recommandé)

**2**

**Motif de la demande d'avis médical :**  Renouvellement périodique  Nouvelle catégorie  Suspension  Après invalidation ou annulation  Autre

**Catégorie(s) de permis déjà détenue(s) :**

AM	A1	A2	A	B1	B	BE	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Catégorie(s) de permis sur lesquelles porte l'avis médical :**

A1	A2	A	B1	B	BE	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Activité(s) professionnelle(s) exercée(s) :**

Taxi  VTC  Ambulance  Ramassage scolaire  Transport public de personnes  Transport public à moto  Enseignant de la conduite

**AVIS DU OU DES MÉDECINS**

**3 Modalités du contrôle médical :**

En cabinet médical  En commission médicale primaire  En commission médicale d'appel  Autres : \_\_\_\_\_

**3-1**

Examens complémentaires demandés le \_\_\_\_\_ Examen psychotechnique réalisé le \_\_\_\_\_

**4**

Le(s) médecin(s) \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_ agréé(s) par le(s) préfet(s) de (s) département(s) n° \_\_\_\_\_, après contrôle médical de l'intéressé(e), émettent conformément à la réglementation en vigueur et à la liste des affections médicales compatibles avec le maintien ou la délivrance du permis de conduire, l'avis médical suivant :

**5**

**APTE** pour la durée de validité fixée par la réglementation  Groupe léger  Groupe lourd

**APTE TEMPORAIRE** pour une durée de validité limitée à \_\_\_\_\_ et à réexaminer par la commission médicale :  oui  non

**APTE** avec les restrictions ou dispenses suivantes :  dispositif de correction et/ou protection de la vision  autres

**INAPTE**  Groupe léger  Groupe lourd

Observations :

**6**

Après contrôle médical, le médecin agréé, consultant hors commission médicale :  ne prononce pas d'avis et renvoie l'utilisateur devant la commission médicale primaire.

**7**

**DÉCLARATION EN CAS D'AVIS D'APTITUDE TEMPORAIRE, D'APTITUDE AVEC RESTRICTIONS OU D'INAPTITUDE**

Je soussigné(e),  M.  Mme \_\_\_\_\_ déclare avoir pris connaissance des motifs d'ordre médical qui ont entraîné l'avis d'aptitude temporaire, d'aptitude avec restrictions ou d'inaptitude à la conduite.

**8**

Fait le :  /  /

Signature de l'utilisateur (à l'issue du contrôle médical)  
[Représentant légal si mineur]

Signature et cachet du ou des médecins

# DOCUMENT A RAPPORTER A CHAQUE VISITE



MINISTÈRE  
DE L'INTÉRIEUR

Liberté  
Égalité  
Fraternité

## Questionnaire préalable au contrôle médical d'aptitude à la conduite.

**Vous êtes invité(e) à remplir loyalement ce document avant votre visite et à le remettre en mains propres au(x) médecin(s) agréé(s) après l'avoir complété et signé. Il est couvert par le secret médical.**

### 1. Mon état civil

Nom :

Profession : .....

Prénom :

Adresse : .....

Date de naissance : ...../...../.....

.....

Commune de naissance (et pays pour les personnes nées à

l'étranger) : .....

### 2. Votre ou vos permis de conduire

Catégorie(s) de permis détenue(s) : A1  A2  A  B  B1  BE  C1  C1E  C  CE  D1  D1E  D  DE

Ou autre permis non européen, lequell : .....

Date(s) de délivrance : ...../...../..... ET ...../...../.....

Restriction(s) d'usage ou aménagements :  Oui  Non, si oui lesquels ? .....

### 3. Motif de votre visite

Renouvellement périodique (permis groupe lourd ou assimilé «groupe lourd»)  Visite médicale (groupe léger)

Demande de permis de conduire après suspension, invalidation ou annulation ou infraction :  Oui  NON

⇒ Suis-je déjà venu(e) à une précédente visite médicale d'aptitude à la conduite :  Oui  NON

⇒ date : ...../...../.....

### 4. Vos pathologies spécifiques

Êtes-vous atteint(e) d'une maladie cardiaque ?  Oui  NON  
Si OUI, laquelle : .....

Êtes-vous porteur d'un stimulateur ou d'un défibrillateur cardiaque ?  Oui  NON  
Si Oui, depuis quand (Indiquez la date)...../...../.....

Avez-vous subi une intervention du cœur  Oui  NON  
Si OUI, laquelle ? .....

Avez-vous des problèmes de vue (baisse d'acuité visuelle, glaucome, cataracte ou autre pathologie...) ?  Oui  NON  
Si OUI, lesquels ? .....

Portez-vous des lentilles ou des lunettes  Oui  NON

Êtes-vous atteint(e) de la perte de la vision d'un œil  Oui  NON  
Si OUI, depuis quand ? .....

Avez-vous des problèmes d'audition ?  Oui  NON

#### 4. Vos pathologies spécifiques (suite)

Avez-vous des troubles de l'équilibre ou des vertiges ?  Oui  NON

Avez-vous déjà fait une crise d'épilepsie ?  Oui  NON

Si OUI, indiquez la date de la dernière crise ...../...../.....

Avez-vous déjà été victime d'un accident vasculaire cérébral ou d'un raumatisme crânien avec des conséquences : maux de têtes, vertiges, paralysies, troubles de la mémoire ou autres ?  Oui  NON

Si OUI, quelles sont les conséquences ?.....

Utilisez-vous des appareils respiratoires notamment la nuit ? (Oxygène, masques pour la nuit ...)  Oui  NON

Vous arrive-t-il de vous endormir (même très peu de temps) à table, au cours d'une réunion ou au volant, ou dans d'autres circonstances non appropriées ?

Oui  NON

Êtes-vous soigné(e) pour le diabète ?  Oui  NON

Si Oui, avez-vous déjà fait des malaises par manque de sucre (hypoglycémie)  Oui  NON

#### 5. Informations sur votre état de santé général

Êtes-vous suivi(e) régulièrement par un médecin traitant ?  Oui  NON

Avez-vous été hospitalisé(e) et / ou opéré(e) au cours des cinq dernières années  Oui  NON

Si OUI, pour quel motif ? .....

Consommez-vous, même occasionnellement des drogues illicites (cannabis, ecstasy, héroïne, cocaïne ou autres) ?  
 Jamais  Occasionnellement  Régulièrement

A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons qui contiennent de l'alcool (vin ou bière ou cidre ou apéritif ou liqueur) ?

Jamais ou rarement  Environ une à trois fois par mois  Environ une à trois fois par semaine  Tous les jours

Avez-vous rencontré des difficultés particulières en conduisant et pourquoi ? (Accrochage ou accident au cours des cinq dernières années, problème pour lire les panneaux, difficulté d'apprécier les vitesses ou les distances, conduire de nuit) ?

Oui  NON Si OUI, lesquelles : .....

Prenez-vous des médicaments régulièrement ?  Oui  NON

Si OUI, lesquels, à quelle dose et, si possible, à quel moment de la journée ?

Vous pouvez joindre, si vous le souhaitez, votre dernière ordonnance.

Avez-vous d'autres problèmes de santé que vous souhaiteriez signaler ?

Si OUI, lequel ou lesquels ?.....

A .....

Date ...../...../.....

Signature :

**DOCUMENT A RAPPORTER A CHAQUE VISITE**

**CADRE RÉSERVÉ AU(X) MÉDECIN(S) LORS DE LA VISITE MÉDICALE**

Date de la visite :

visite n °

Date des analyses :

Examen Clinique :

Dossier à compléter lors de la contre-visite avec :

Décision à prendre si résultats satisfaisant :

Date de la contre-visite :

Décision prise (Apte Def / Apte temporaire (durée) / Inapte) :





**PRÉFET  
DU VAL-D'OISE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**SOUS-PREFECTURE D'ARGENTEUIL  
Bureau de l'accueil du public et du séjour  
Commission médicale**

✉ [pref-commission-medicale@val-doise.gouv.fr](mailto:pref-commission-medicale@val-doise.gouv.fr)

fax : 01.77.63.60.24

## **COMMISSION MÉDICALE DES PERMIS DE CONDUIRE**

**M/Mme,  
Né(e) le**

### **Analyses à effectuer :**

*Dépenses non remboursées par la sécurité sociale.  
Prévoir de vous présenter au laboratoire de votre choix  
15 jours avant votre rendez-vous à la commission médicale.*

- NFS
- GAMMA G.T.
- CDT

**Nous vous remercions de faire confirmer l'identité de l'intéressé(e).**

**ATTENTION LE COÛT DE L'ANALYSE N'EST PAS REMBOURSABLE AUPRÈS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE , AUCUNE FACTURE NE PEUT ÊTRE DÉLIVRÉE .**





**PRÉFET  
DU VAL-D'OISE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**SOUS-PREFECTURE D'ARGENTEUIL**  
**Bureau de l'accueil du public et du séjour**  
**Commission médicale**

✉ [pref-commission-medicale@val-doise.gouv.fr](mailto:pref-commission-medicale@val-doise.gouv.fr)

fax : 01.77.63.60.24

## **COMMISSION MÉDICALE DES PERMIS DE CONDUIRE**

**M/Mme,  
Né(e) le**

### **Analyses à effectuer :**

*Dépenses non remboursées par la sécurité sociale.  
Prévoir de vous présenter au laboratoire de votre choix  
15 jours avant votre rendez-vous à la commission médicale.*

**Recueil urinaire à réaliser au laboratoire.**

### **- THC URINAIRE**

**Nous vous remercions de faire confirmer l'identité de l'intéressé(e).**

**ATTENTION LE COÛT DE L'ANALYSE N'EST PAS REMBOURSABLE AUPRÈS DE LA SÉCURITÉ  
SOCIALE , AUCUNE FACTURE NE PEUT ÊTRE DÉLIVRÉE .**