

1 À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR À L'ENCRE NOIRE, EN LETTRES MAJUSCULES SANS ACCENT ET SANS 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)
(Le cas échéant le nom d'épouse)

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

Commune de naissance Département ou Collectivité d'outre-mer

Pays pour l'étranger
(Si vous êtes né 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)

Code postal Commune

Courriel (Recommandé)

À REMPLIR PAR LE OU LES DOCTEURS EN MÉDECINE : 2 / 2-1 ou 2-2 / 3 s'il y a lieu / 5.
À FAIRE REMPLIR PAR L'USAGER : 4 s'il y a lieu / 5 à l'issue du contrôle médical.

2 Usager examiné : En cabinet médical En commission médicale primaire
 En commission médicale d'appel Bénéficiaire de la gratuité de l'examen médical (4)

2-1 Le(s) Docteur(s) en médecine et agréés par le préfet du département n° _____, après contrôle médical de l'intéressé, émettent, conformément aux textes en vigueur et à la liste des affections médicales compatibles avec le maintien ou la délivrance du permis de conduire, l'avis médical suivant :

Pour la ou les catégories du permis de conduire du groupe léger ou activités professionnelles :

A	A1	B	B1	Eb	<input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> Ambulance	<input type="checkbox"/> Voiture de remise
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Transport d'enfants	<input type="checkbox"/> Transport public à moto	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Véhicule de tourisme avec chauffeur	<input type="checkbox"/> Transport public de personnes	<input type="checkbox"/>

APTE pour la durée de validité fixée par la réglementation

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

APTE avec les restrictions suivantes : dispositif de correction de la vision port d'un appareil de prothèse conduite d'un véhicule aménagé

INAPTE

Observations :

Pour la ou les catégories du permis de conduire du groupe lourd ou activités professionnelles (relevant des exigences du groupe lourd) :

C	Ec	D	Ed	<input type="checkbox"/> Enseignement de la conduite
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APTE pour la durée de validité fixée par la réglementation

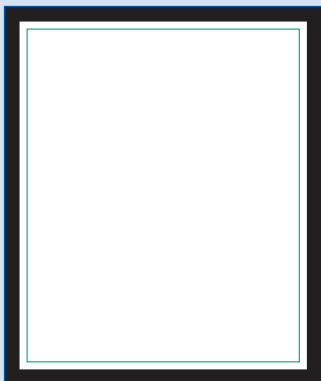
APTE TEMPORAIRE pour une durée de validité limitée à _____ et à réexaminer par la commission médicale : oui non

APTE avec les restrictions suivantes : dispositif de correction de la vision port d'un appareil de prothèse conduite d'un véhicule aménagé

INAPTE

Observations :

PHOTOGRAPHIE



La photo doit être collée ci-dessus à l'adhésif double face sans déborder du cadre interne et sans agrafe

1-2 Catégorie(s) de permis demandés(s) (1)

A	A1	B	B1	Eb	C	Ec	D	Ed
<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) déjà obtenue(s) (1) et (2)

A	A1	B	B1	Eb	C	Ec	D	Ed
<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)

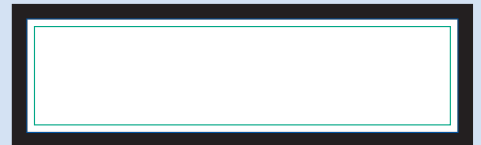
- Taxi Ambulance Voiture de remise
- Véhicule de tourisme avec chauffeur
- Transport d'enfants Transport public à moto
- Transport public de personnes Enseignant de la conduite

1-3 Je soussigné, le déclarant, atteste sur l'honneur que les renseignements de la présente demande sont exacts.

Fait le : / /

Je m'oppose à la réutilisation de mes données personnelles à des fins autres que celles pour lesquelles elles sont collectées.

SIGNATURE DU DEMANDEUR



La signature doit être apposée ci-dessus à l'encre noire et de manière appuyée sans déborder du cadre interne

(1) Cocher la (les) case(s) appropriée(s) ;
- pour la catégorie A, rajouter un R s'il s'agit de l'accès progressif (P ≤ 25 kW et r ≤ 0,16 kW/kg) ;
- pour les catégories C et Ec, rajouter un R (poids total < 7,5 T) si le candidat a entre 18 et 21 ans ;
- pour la catégorie D, ajouter un R si mention 50 km doit être portée sur le permis.

(2) Pièces justificatives à joindre à la demande.

2-2 Après contrôle médical, le Docteur en médecine _____, consultant hors commission médicale, ne prononce pas d'avis et renvoie l'usager devant la commission médicale primaire.

3 Examens complémentaires demandés le : _____ Tests psychotechniques réalisés le : _____

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

4 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.

Signature de l'usager (à l'issue du contrôle médical) (3)

Signature et cachet du ou des Docteur(s) en médecine

5

(3) Représentant légal si mineur - (4) Seuls les titulaires du permis de conduire pouvant présenter devant la commission médicale du permis de conduire la décision de reconnaissance d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 50 % délivrée par la CDAPH, quelle que soit la nature de l'incapacité, peuvent bénéficier de la gratuité de l'examen médical.

EN CAS DE REFUS DE SIGNATURE DU CANDIDAT

Le(s) Docteur(s) _____

membre(s) de la Commission médicale certifié(nt) que

M. Mme _____

après avoir pris connaissance des motifs d'ordre médical de son aptitude temporaire, de son aptitude avec restrictions ou de son inaptitude, n'a pas voulu signer la déclaration prévue

Signature du ou des médecins ►