

**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

**Catégorie(s) de permis sur lesquelles porte l'avis médical :**  A1  A2  A  B1  B  BE  C1  C1E  C  CE  D1  D1E  D  DE

**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

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

Arrêté du 28 mars 2022 fixant la liste des affections médicales incompatibles ou compatibles avec ou sans aménagements ou restrictions pour l'obtention, le renouvellement ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée

**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. Etat 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  B1  B  BE  C1  C1E  C  CE  D1  D1E  D  DE   
Ou autre permis non européen, lequel : .....

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

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

Etes-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

Etes-vous atteint(e) de la perte de la vision d'un œil ? Si OUI, depuis quand ? : .....	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous des problèmes d'audition ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous des troubles de l'équilibre ou des vertiges ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous déjà fait une crise d'épilepsie ? : Si OUI, indiquez la date de la dernière crise ?.../.../.....	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous déjà été victime d'un accident vasculaire cérébral ou d'un traumatisme crânien <u>avec des conséquences</u> : maux de tête, vertiges, paralysies, troubles de la mémoire ou autres ?  Si OUI, quelles sont les conséquences ?.....	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Utilisez-vous des appareils respiratoires notamment la nuit ? ( <i>Oxygène, masque pour la nuit...</i> ) ? NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
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 <u>non appropriées</u> ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Etes-vous soigné(e) pour le diabète ? Si OUI, avez-vous déjà fait des malaises par manque de sucre (hypoglycémies) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

<b>5. Informations sur votre état de santé général</b>	
Etes-vous suivi(e) régulièrement par un médecin traitant ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous été hospitalisé(e) et / ou opéré(e) au cours des cinq dernières années ? Si OUI, pour quel motif ? .....	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Consommez-vous, même occasionnellement des drogues illicites ( <i>cannabis, ecstasy, héroïne, cocaïne ou autres</i> ) ? Jamais <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Régulièrement	<input type="checkbox"/>
A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons qui contiennent de l'alcool ( <i>vin ou bière ou cidre ou apéritif ou liqueur</i> ) ? <input type="checkbox"/> Jamais ou rarement <input type="checkbox"/> Environ une à trois fois par mois <input type="checkbox"/> Environ une à trois fois par semaine <input type="checkbox"/> Tous les jours	
Avez-vous rencontré des difficultés particulières en conduisant et pourquoi ? ( <i>Accrochage ou accident au cours des cinq dernières années, problème pour lire les panneaux, difficulté d'apprécier les vitesses ou les distances, à conduire de nuit</i> ) ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si OUI, lesquelles :.....	
Prenez-vous des médicaments régulièrement ?  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.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous d'autres problèmes de santé que vous souhaiteriez signaler ? Si OUI, lequel ou lesquels ?.....	

A.....  
Signature : .....

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



**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 entre 10  
et 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 .**

Modifié le , 16/09/20



**PRÉFET  
DU VAL-D'OISE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**SOUS-PRÉFECTURE 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 entre 10  
et 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 .**

Modifié le , 18/12/23