

1**ETAT CIVIL ET COORDONNÉES 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) _____

2Motif 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"/>														

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"/>													

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