

N° de primata / Dossier

PERMIS DE CONDUIRE DU

GRUPE 1 LÉGER (A, A1, B, B1, Eb)

GRUPE 2 LOURD (C, Ec, D, Ed)

M. Mme Mlle (1)

NOM (nom de naissance)

PRÉNOMS (au complet dans l'ordre de l'état-civil)

NOM D'ÉPOUX (s'il y a lieu)

SPECIFIEN

JOUR MOIS ANNÉE

DATE DE NAISSANCE

COMMUNE (pour les grandes villes, indiquer s'il y a lieu le n° d'arrondissement) Département

LIEU DE NAISSANCE

PAYS POUR L'ÉTRANGER - DÉPARTEMENT OU TERRITOIRE POUR L'OUTRE-MER

LIEU DE RÉSIDENCE

ADRESSE COMPLÈTE

CODE POSTAL COMMUNE

Catégorie de permis demandée (1)

A A1 B B1 Eb C Ec D Ed

Le candidat doit-il conduire un véhicule aménagé ? (1) OUI NON

Signature du candidat ou du représentant légal pour les mineurs non émancipés

Catégorie(s) de permis détenue(s)

À compléter obligatoirement

RÉSULTAT DE LA VISITE MÉDICALE

Les docteurs en médecine :

Le docteur en médecine :

membres de la Commission médicale

agréé par le Préfet du département :

du permis de conduire, après examen du candidat, affirment que celui-ci est, au point de vue physiologique et au regard de la liste des incapacités physiques incompatibles avec la délivrance du permis de conduire :

après examen du candidat, estime qu'au point de vue physiologique et au regard de la liste des incapacités physiques incompatibles avec la délivrance du permis de conduire :

(1) APTE DÉFINITIF APTE TEMPORAIRE INAPTE

EST APTE DÉFINITIF (1) DOIT ÊTRE EXAMINÉ
(ou pour la durée fixée par la réglementation) par la Commission médicale préfectorale

pour la catégorie :

pour la catégorie :

(1) sous réserve : d'un dispositif de correction de la vision du port d'un appareil de prothèse de conduire un véhicule aménagé

(1) sous réserve : d'un dispositif de correction de la vision du port d'un appareil de prothèse de conduire un véhicule aménagé

Fait à _____, le _____

Fait à _____, le _____

Noms et signatures des médecins ►

Nom et signature du médecin ►

En cas d'avis d'aptitude (définitive ou temporaire), le présent document autorise l'intéressé(e) à conduire les véhicules des catégories qu'il(elle) détient, pendant un délai de 2 mois à dater du jour de l'examen médical, sauf s'il(elle) est sous le coup d'une suspension ou d'une annulation du permis de conduire ou encore de la perte du droit de conduire un véhicule en application de l'article L. 223-5 du code de la route.

DÉCLARATION

Je soussigné(e) M. Mme Mlle _____ déclare avoir pris connaissance des motifs d'ordre médical qui ont entraîné l'avis d'inaptitude à la conduite automobile.

Signature ►

Photographie du candidat de face ou de 3/4, à coller et à oblitérer avec le cachet de la Commission médicale du Permis de conduire

(1) Cocher la (les) case(s) appropriée(s) : - pour la catégorie A, ajouter 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.

Cachet professionnel du médecin