

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)
(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)

Code postal Commune

Courriel (Recommandé)

1-2 Catégorie(s) de permis demandée(s) (1) : AM A1 A2 A B1 B BE C1 C1E C CE D1 D1E D DE

Catégorie(s) déjà obtenue(s) (1) et (2) : AM A1 A2 A B1 B BE C1 C1E C CE D1 D1E D DE

Activité(s) professionnelle(s) exercée(s)

- Taxi Ambulance Voiture de remise Ramassage scolaire Transport public de personnes
 Transport public à moto Véhicule de tourisme avec chauffeur Enseignant de la conduite

1-3 Je soussigné(e), le (la) déclarant(e), 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

PHOTOGRAPHIE

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

CADRE RÉSERVÉ AU(X) MÉDECIN(S)

N° d'agrément(s)

Usager bénéficiaire de la gratuité de l'examen médical (joindre justificatif) (3)

REFUS DE SIGNATURE DE L'USAGER

Le ou les médecin(s)

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

(1) Cocher la (les) case(s) appropriée(s). (2) Pièces justificatives à joindre à la demande
(3) Seuls les titulaires du permis de conduire pouvant présenter devant le ou les médecins agréés 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.

1
À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR À L'ENCRE NOIRE, EN LETTRES MAJUSCULES SANS ACCENT ET SANS RATURE
1-1

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)

Code postal

Commune

Courriel (Recommandé)

1-2

 Catégorie(s) de permis demandée(s) (1) :

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

 Catégorie(s) déjà obtenue(s) (1) et (2) :

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

Activité(s) professionnelle(s) exercée(s)
 Taxi

 Ambulance

 Voiture de remise

 Ramassage scolaire

 Transport public de personnes

 Transport public à moto

 Véhicule de tourisme avec chauffeur

 Enseignant de la conduite

1-3

Je soussigné(e), le (la) déclarant(e), atteste sur l'honneur que les renseignements de la présente demande sont exacts.

Fait le :

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

 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

PHOTOGRAPHIE**CADRE RÉSERVÉ AU(X) MÉDECIN(S)**

N° d'agrément(s)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

 Usager bénéficiaire de la gratuité de l'examen médical (joindre justificatif) (3)

 REFUS DE SIGNATURE DE L'USAGER

Le ou les médecin(s)

 certifie(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 ►

N° 14880*01

2

Usager examiné : NOM _____ PRÉNOM _____ Né(e) le _____

- En cabinet médical
 En commission médicale primaire
 En commission médicale d'appel
 Autre structure médicale (préciser) : _____

3

Examens complémentaires demandés le _____ Tests psychotechniques réalisés le _____

4

4-1 Après contrôle médical, le médecin _____, consultant hors commission médicale :

NE PRONONCE PAS D'AVIS ET RENVOIE L'USAGER DEVANT LA COMMISSION MÉDICALE PRIMAIRE.

4-2

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 :

GRUPE LÉGER OU ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RELEVANT DU GROUPE LÉGER

A1 A2 A B1 B BE

- Taxi Ambulance Voiture de remise
 Ramassage scolaire Transport public de personnes
 Transport public à moto Véhicule de tourisme avec chauffeur

- 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 ou dispenses suivantes :

- dispositif de correction de la vision
 port d'un appareil de prothèse
 conduite d'un véhicule aménagé
 dispense du port de la ceinture de sécurité

INAPTE

Observations :

GRUPE LOURD OU ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RELEVANT DU GROUPE LOURD

C1 C1E C CE D1 D1E D DE

Enseignement de la conduite

- 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 ou dispenses suivantes :

- dispositif de correction de la vision
 port d'un appareil de prothèse
 conduite d'un véhicule aménagé
 dispense du port de la ceinture de sécurité

INAPTE

Observations :

DÉCLARATION EN CAS D'AVIS D'APTITUDE TEMPORAIRE, D'APTITUDE AVEC RECTRCTIONS 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.

6

Fait le : ____ / ____ / ____

Signature et cachet du ou des médecins

Signature de l'usager (à l'issue du contrôle médical) (4)

