



PERMIS DE CONDUIRE - AVIS MÉDICAL

(Art. R. 212-2, R. 221-10 à R. 221-14-1, R. 221-19 et R. 226-1 à R. 226-4 du Code de la route)
(Arrêté du 31 juillet 2012 modifié relatif à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite)

N°14880*02

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