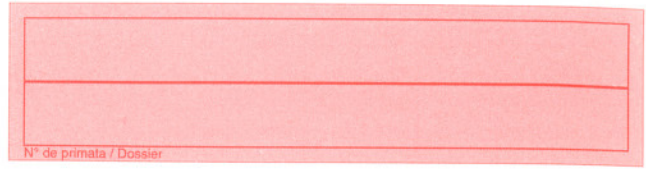


PERMIS DE CONDUIRE DU GROUPE 1 LÉGER (A, A1, B, B1, E_B)
GROUPE 2 LOURD (C, Ec, D, E_D)



N° du permis de conduire :

M.	M ^{me}	M ^{lle}	(1)	NOM (nom de naissance)	
				PRÉNOMS (au complet dans l'ordre de l'état civil)	
				NOM D'ÉPOUX (s'il y a lieu)	
				DATE DE NAISSANCE	
				JOUR	
				MOIS	
				ANNÉE	
LIEU DE NAISSANCE		COMMUNE (pour les grandes villes, indiquer s'il y a lieu le numéro d'arrondissement)			Département
		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	E _B	C	Ec	D	E _D
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Catégorie(s) de permis détenue(s).....

A compléter obligatoirement

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

RÉSULTAT DE LA VISITE MÉDICALE

Les docteurs en médecine

membres de la Commission médicale

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 :

(1) APTE DÉFINITIF APTE TEMPORAIRE INAPTE

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

Fait à le

Signature des médecins ▶

Le docteur en médecine :

agréé par le Préfet du département :

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 :

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

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

Fait à le

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 M^{me} M^{lle} déclare avoir pris connaissance des motifs d'ordre médical qui ont entraîné l'avis d'inaptitude à la conduite automobile.

Signature ▶



- (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, ajouter 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 50km doit être portée sur le permis.

Cachet professionnel du médecin