

PERMIS DE CONDUIRE DU
GROUPE 1 LÉGER (A, A1, B, B1, Eb)

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

N° de primata / Dossier

| | | | | |
|--|---|--|-------------|-------|
| | NOM (nom de naissance) | | | |
| | (1) PRÉNOMS (au complet dans l'ordre de l'état-civil) | | | |
| | NOM D'ÉPOUX (s'il y a lieu) | | | |
| | | JOUR | MOIS | ANNÉE |
| | | DATE DE NAISSANCE | | |
| | LIEU DE NAISSANCE | COMMUNE (pour les grandes villes, indiquer s'il y a lieu le n° d'arrondissement) | Département | |
| | | | | |
| | LIEU DE RÉSIDENCE | PAYS POUR L'ÉTRANGER - DÉPARTEMENT OU TERRITOIRE POUR L'OUTRE-MER | | |
| | | | | |
| | ADRESSE COMPLÈTE | | | |
| | CODE POSTAL | COMMUNE | | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|-----------|----------|-----------|------------------------------|------------------------------|-----------|----------|-----------|
| | A | A1 | B | B1 | Eb | C | Ec | D | Ed |
| Catégorie de permis demandée (1) | | | | | | | | | |
| | Le candidat doit-il conduire un véhicule aménagé ? (1) | | | | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | | | |
| 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 _____

Noms et signatures 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 _____

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

EN CAS DE REFUS DE SIGNATURE DU CANDIDAT

Le(s) Docteur(s) _____

membre(s) de la Commission médicale certifié(nt) que

M. Mme Mlle _____

après avoir pris connaissance des motifs de son inaptitude, n'a pas voulu signer la déclaration prévue au recto.

Signature des médecins ►

PERMIS DE CONDUIRE DU
GROUPE 1 LÉGER (A, A1, B, B1, Eb)

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

N° de primata / Dossier

| | | |
|--------------------------|-----|--|
| | | NOM (nom de naissance) _____ |
| M. | Mme | Mlle |
| (1) | | PRÉNOMS (au complet dans l'ordre de l'état-civil) _____ |
| | | NOM D'ÉPOUX (s'il y a lieu) _____ |
| | | JOUR MOIS ANNÉE |
| | | DATE DE NAISSANCE _____ |
| LIEU DE NAISSANCE | | COMMUNE (pour les grandes villes, indiquer s'il y a lieu le n° 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 | Eb | C | Ec | D | Ed |
| | <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

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

Catégorie(s) de permis détenue(s) _____

A compléter obligatoirement

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 _____

Noms et signatures 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 _____

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