

1

ETAT CIVIL ET COORDONNES DU DEMANDEUR À REMPLIR À L'ENCRE NOIRE, EN LETTRES MAJUSCULES SANS ACCENT NI RATURE

Nom de naissance

A R E M P L I R E N M A J U S C U L E S

(C'est le nom qui figure sur votre acte de naissance)

Prénom(s)

C O N F O R M E M E N T A V O T R E T T R E

(Dans l'ordre de l'état civil)

Nom d'usage (s'il y a lieu)

D ' I D E N T I T E

(ex : nom d'époux(se))

Date de naissance

Jour Mois Année Sexe : Femme Homme Téléphone portable (Recommandé)

Commune de naissance

V O U S D E V R E Z P R E S E N T E R Département ou Collectivité d'outre-mer

Pays

V O T R E P I E C E D I D E N T I T E A U M E D E C I N

(Si vous êtes né(e) à l'étranger)

Adresse

N° de la voie Extension : bis, ter, etc. Type de voie : avenue, boulevard, etc.

Complément d'adresse

Nom de la voie

(Étage, escalier, appartement, immeuble, bâtiment, résidence - Lieu-dit, Boîte postale, Commune déléguée)

Code postal

Commune

Courriel (Recommandé)

L'ADRESSE MAIL EST FORTEMENT RECOMMANDÉE. VOUS POURREZ ÊTRE JOINT(E) PAR L'ADMINISTRATION SI NÉCESSAIRE

CETTE PARTIE EST À REMPLIR PAR L'USAGER EN MAJUSCULES

Ce formulaire peut être pré-rempli en ligne :

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1255>

2 Motif de la demande d'avis médical : Renouvellement périodique Nouvelle catégorie Suspension Après invalidation ou annulation Autre*

* La visite médicale est à la demande de l'administration alors que vous avez un droit à conduire

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

A compléter selon votre permis de conduire

Activité(s) professionnelle(s) exercée(s) Si vous avez besoin d'une carte professionnelle portant sur l'aptitude médicale, vous devrez la demander à la préfecture de votre département

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'usager 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'usager (à l'issue du contrôle médical) [Représentant légal si mineur]

Votre signature est obligatoire après AVIS du MEDECIN

Signature et cachet du ou des médecins