



N° du permis de conduire :

CERTIFICAT MÉDICAL

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

(Document valable 2 ans)

établi en application de l'art. R 127
du code de la route

N° 11245*01



PERMIS DE CONDUIRE DU

GROUPE 1 LÉGER (A, A₁, B, B₁, E_a)
 GROUPE 2 LOURD (C, E_c, D, E_b)

N° de prime dossier

NOM (nom de naissance)

M.	Mme	Mlle
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	A ₁	B	B ₁	E _b	C	E _c	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

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 : _____ pour une durée de : _____
 (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 →

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 ($P \leq 25$ kW et $r \leq 0,16$ kW/kg);
 - pour les catégories C et E_c, 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.

Timbre fiscal
(application de l'article 7 de la loi de Finances du 31 décembre 1953)

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce formulaire par les particuliers et les entreprises individuelles. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, auprès de la Préfecture ci-dessus mentionnée.

EN CAS DE REFUS DE SIGNATURE DU CANDIDAT

Le(s) Docteur(s) _____

membre(s) de la Commission médicale certifie(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 →