

**1 À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR À L'ENCRE NOIRE, EN LETTRES MAJUSCULES SANS ACCENT ET SANS RATURE**

1-1

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)

Code postal

Commune

Courriel (Recommandé)

1-2

Catégorie(s) de permis demandée(s) (1) :  AM  A1  A2  A  B1  B  BE  C1  C1E  C  CE  D1  D1E  D  DE

Catégorie(s) déjà obtenue(s) (1) et (2) :  AM  A1  A2  A  B1  B  BE  C1  C1E  C  CE  D1  D1E  D  DE

**Activité(s) professionnelle(s) exercée(s)**

- Taxi  Ambulance  Voiture de remise  Ramassage scolaire  Transport public de personnes  
 Transport public à moto  Véhicule de tourisme avec chauffeur  Enseignant de la conduite

1-3

Je soussigné(e), le (la) déclarant(e), atteste sur l'honneur que les renseignements de la présente demande sont exacts.

Fait le :  /  /

Je m'oppose à la réutilisation de mes données personnelles à des fins autres que celles pour lesquelles elles sont collectées.

**SIGNATURE DU DEMANDEUR**

La signature doit être apposée ci-dessus à l'encre noire et de manière appuyée sans déborder du cadre interne

**PHOTOGRAPHIE**

**CADRE RÉSERVÉ AU(X) MÉDECIN(S)**

N° d'agrément(s)

Usager bénéficiaire de la gratuité de l'examen médical (joindre justificatif) (3)

REFUS DE SIGNATURE DE L'USAGER

Le ou les médecin(s)

certifie(nt) que  M.  Mme

après avoir pris connaissance des motifs d'ordre médical de son aptitude temporaire, de son aptitude avec restrictions ou de son inaptitude, n'a pas voulu signer la déclaration prévue.

Signature ►

La photo doit être collée ci-dessus à l'adhésif double face sans déborder du cadre interne et sans agrafe

(1) Cocher la (les) case(s) appropriée(s). (2) Pièces justificatives à joindre à la demande  
(3) Seuls les titulaires du permis de conduire pouvant présenter devant le ou les médecins agréés la décision de reconnaissance d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 50 % délivrée par la CDAPH, quelle que soit la nature de l'incapacité, peuvent bénéficier de la gratuité de l'examen médical.

1

**À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR À L'ENCRE NOIRE, EN LETTRES  
MAJUSCULES SANS ACCENT ET SANS RATURE**

1-1

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  
naissanceDépartement 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)

Code postal

Commune

Courriel  
(Recommandé)

1-2

Catégorie(s) de permis demandée(s) (1) :

AM	A1	A2	A	B1	B	BE	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Catégorie(s) déjà obtenue(s) (1) et (2) :

AM	A1	A2	A	B1	B	BE	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Activité(s) professionnelle(s) exercée(s)

- Taxi  Ambulance  Voiture de remise  Ramassage scolaire  Transport public de personnes  
 Transport public à moto  Véhicule de tourisme avec chauffeur  Enseignant de la conduite

1-3

Je soussigné(e), le (la) déclarant(e), atteste sur l'honneur que  
les renseignements de la présente demande sont exacts.**SIGNATURE DU DEMANDEUR**

Fait le :

		/			/					
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--

- Je m'oppose à la réutilisation de mes données personnelles à  
des fins autres que celles pour lesquelles elles sont collectées.

La signature doit être apposée ci-dessus à l'encre noire et de  
manière appuyée sans déborder du cadre interne**PHOTOGRAPHIE****CADRE RÉSERVÉ AU(X) MÉDECIN(S)**

N° d'agrément(s)

- Usager bénéficiaire de la gratuité de l'examen médical (joindre justificatif) (3)

 REFUS DE SIGNATURE DE L'USAGER

Le ou les médecin(s)

certifie(nt) que  M.  Mmeaprès avoir pris connaissance des motifs d'ordre médical de son aptitude temporaire, de son aptitude avec  
restrictions ou de son inaptitude, n'a pas voulu signer la déclaration prévue.

Signature ►

La photo doit être collée ci-dessus à l'adhésif double  
face sans déborder du cadre interne et sans agrafe(1) Cocher la (les) case(s) appropriée(s). (2) Pièces justificatives à joindre à la demande  
(3) Seuls les titulaires du permis de conduire pouvant présenter devant le ou les médecins agréés la décision de reconnaissance d'un taux d'invalidité  
égal ou supérieur à 50 % délivrée par la CDAPH, quelle que soit la nature de l'incapacité, peuvent bénéficier de la gratuité de l'examen médical.

1

À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR À L'ENCRE NOIRE, EN LETTRES  
MAJUSCULES SANS ACCENT ET SANS RATURE

1-1

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)

Code postal Commune

Courriel (Recommandé)

1-2

Catégorie(s) de permis demandée(s) (1) :

AM	A1	A2	A	B1	B	BE	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Catégorie(s) déjà obtenue(s) (1) et (2) :

AM	A1	A2	A	B1	B	BE	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Activité(s) professionnelle(s) exercée(s)

- Taxi  Ambulance  Voiture de remise  Ramassage scolaire  Transport public de personnes
- Transport public à moto  Véhicule de tourisme avec chauffeur  Enseignant de la conduite

1-3

Je soussigné(e), le (la) déclarant(e), atteste sur l'honneur que les renseignements de la présente demande sont exacts.

Fait le : / /

SIGNATURE DU DEMANDEUR

La signature doit être apposée ci-dessus à l'encre noire et de manière appuyée sans déborder du cadre interne

Je m'oppose à la réutilisation de mes données personnelles à des fins autres que celles pour lesquelles elles sont collectées.

PHOTOGRAPHIE

La photo doit être collée ci-dessus à l'adhésif double face sans déborder du cadre interne et sans agrafe

CADRE RÉSERVÉ AU(X) MÉDECIN(S)

N° d'agrément(s)

Usager bénéficiaire de la gratuité de l'examen médical (joindre justificatif) (3)

REFUS DE SIGNATURE DE L'USAGER

Le ou les médecin(s)

certifie(nt) que  M.  Mme

après avoir pris connaissance des motifs d'ordre médical de son aptitude temporaire, de son aptitude avec restrictions ou de son inaptitude, n'a pas voulu signer la déclaration prévue.

Signature ►

(1) Cocher la (les) case(s) appropriée(s). (2) Pièces justificatives à joindre à la demande  
(3) Seuls les titulaires du permis de conduire pouvant présenter devant le ou les médecins agréés la décision de reconnaissance d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 50 % délivrée par la CDAPH, quelle que soit la nature de l'incapacité, peuvent bénéficier de la gratuité de l'examen médical.



N° 14880\*01

**2**

Usager examiné : NOM \_\_\_\_\_

PRÉNOM \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_

- En cabinet médical                     
  En commission médicale primaire                     
  En commission médicale d'appel  
 Autre structure médicale (préciser) : \_\_\_\_\_

**3**

Examens complémentaires demandés le \_\_\_\_\_

Tests psychotechniques réalisés le \_\_\_\_\_

**4**
**4-1**

Après contrôle médical, le médecin \_\_\_\_\_, consultant hors commission médicale :

 NE PRONONCE PAS D'AVIS ET RENVOIE L'USAGER DEVANT LA COMMISSION MÉDICALE PRIMAIRE.

**4-2**

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 :

### GRUPE LÉGER OU ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RELEVANT DU GROUPE LÉGER

- |                             |                             |                            |                             |                            |                             |  |  |  |
|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> A1 | <input type="checkbox"/> A2 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B1 | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> BE | <input type="checkbox"/> Taxi                    | <input type="checkbox"/> Ambulance                           | <input type="checkbox"/> Voiture de remise |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Ramassage scolaire      | <input type="checkbox"/> Transport public de personnes       |  |
|                             |                             |                            |                             |                            |                             | <input type="checkbox"/> Transport public à moto | <input type="checkbox"/> Véhicule de tourisme avec chauffeur |  |
- APTE** pour la durée de validité fixée par la réglementation  
 **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 de la vision
  - port d'un appareil de prothèse
  - conduite d'un véhicule aménagé
  - dispense du port de la ceinture de sécurité
- INAPTE**

Observations :

### GRUPE LOURD OU ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RELEVANT DU GROUPE LOURD

- |                             |                              |                            |                             |                             |                              |                            |                             |  |
|-----------------------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> C1 | <input type="checkbox"/> C1E | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> CE | <input type="checkbox"/> D1 | <input type="checkbox"/> D1E | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> DE | <input type="checkbox"/> Enseignement de la conduite |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>    |  |
- APTE** pour la durée de validité fixée par la réglementation  
 **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 de la vision
  - port d'un appareil de prothèse
  - conduite d'un véhicule aménagé
  - dispense du port de la ceinture de sécurité
- INAPTE**

Observations :

### DÉCLARATION EN CAS D'AVIS D'APTITUDE TEMPORAIRE, D'APTITUDE AVEC RESTRICIONS 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.

**6**

Fait le :        /        /

Signature et cachet du ou des médecins

Signature de l'usager (à l'issue du contrôle médical) (4)

N° 14880\*01

**2**

Usager examiné : NOM \_\_\_\_\_

PRÉNOM \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_

- En cabinet médical                       En commission médicale primaire                       En commission médicale d'appel  
 Autre structure médicale (préciser) : \_\_\_\_\_

**3**

Examens complémentaires demandés le \_\_\_\_\_

Tests psychotechniques réalisés le \_\_\_\_\_

**4**
**4-1** Après contrôle médical, le médecin \_\_\_\_\_, consultant hors commission médicale :

 NE PRONONCE PAS D'AVIS ET RENVOIE L'USAGER DEVANT LA COMMISSION MÉDICALE PRIMAIRE.

**4-2** 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 :

**GRUPE LÉGER OU ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RELEVANT DU GROUPE LÉGER**
**A1** **A2** **A** **B1** **B** **BE**

- Taxi                       Ambulance                       Voiture de remise  
 Ramassage scolaire                       Transport public de personnes  
 Transport public à moto                       Véhicule de tourisme avec chauffeur

- APTE** pour la durée de validité fixée par la réglementation  
 **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 de la vision  
 port d'un appareil de prothèse  
 conduite d'un véhicule aménagé  
 dispense du port de la ceinture de sécurité

Observations :

 **INAPTE**
**GRUPE LOURD OU ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RELEVANT DU GROUPE LOURD**
**C1** **C1E** **C** **CE** **D1** **D1E** **D** **DE**

- Enseignement de la conduite

- APTE** pour la durée de validité fixée par la réglementation  
 **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 de la vision  
 port d'un appareil de prothèse  
 conduite d'un véhicule aménagé  
 dispense du port de la ceinture de sécurité

Observations :

 **INAPTE**
**DÉCLARATION EN CAS D'AVIS D'APTITUDE TEMPORAIRE, D'APTITUDE AVEC RESTRICIONS 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.

**5**
**6**

Fait le :        /        /

Signature et cachet du ou des médecins

Signature de l'usager (à l'issue du contrôle médical) (4)

N° 14880\*01

**2**

Usager examiné : NOM \_\_\_\_\_

PRÉNOM \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_

- En cabinet médical                       En commission médicale primaire                       En commission médicale d'appel  
 Autre structure médicale (préciser) : \_\_\_\_\_

**3**

Examens complémentaires demandés le \_\_\_\_\_

Tests psychotechniques réalisés le \_\_\_\_\_

**4**
**4-1**

Après contrôle médical, le médecin \_\_\_\_\_, consultant hors commission médicale :

 NE PRONONCE PAS D'AVIS ET RENVOIE L'USAGER DEVANT LA COMMISSION MÉDICALE PRIMAIRE.

**4-2**

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 :

### GRUPE LÉGER OU ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RELEVANT DU GROUPE LÉGER

A1    A2    A    B1    B    BE

- Taxi     Ambulance     Voiture de remise  
 Ramassage scolaire                       Transport public de personnes  
 Transport public à moto                       Véhicule de tourisme avec chauffeur

- APTE pour la durée de validité fixée par la réglementation  
 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 de la vision  
 port d'un appareil de prothèse  
 conduite d'un véhicule aménagé  
 dispense du port de la ceinture de sécurité

 INAPTE

Observations :

### GRUPE LOURD OU ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RELEVANT DU GROUPE LOURD

C1    C1E    C    CE    D1    D1E    D    DE

- Enseignement de la conduite

- APTE pour la durée de validité fixée par la réglementation  
 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 de la vision  
 port d'un appareil de prothèse  
 conduite d'un véhicule aménagé  
 dispense du port de la ceinture de sécurité

 INAPTE

Observations :

### DÉCLARATION EN CAS D'AVIS D'APTITUDE TEMPORAIRE, D'APTITUDE AVEC RECTRICTIONS 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.

**6**

Fait le :    /    /

Signature et cachet du ou des médecins

Signature de l'usager (à l'issue du contrôle médical) (4)