

#### **PERMIS DE CONDUIRE - AVIS MEDICAL**

(Art. R. 212-2, R. 221-12 à R. 221-14, R. 221-19 et R. 226-1 à R. 226-4 du Code de la route) Arrété du 31 juillet 2012 relatif à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite **VOLET 1**Exemplaire n° 1
destiné
à la préfecture

N° 14860 01	(Arréte	é du 31 juillet 2012 relatif à	à l'organisation o	du contrôle r	nédical de l'					la préfecture
	REMPLIR PAR LE DEMANI JUSCULES SANS ACCEN		E, EN LETTRES			Numéro NE	PH (Réservé	à l'administratio	n)	
Nom de	JUSCULES SANS ACCEN	II EI SANS NAIONE								
naissance	(C'est le nom qui figure sur vo	otre acte de naissance)								
Prénom(s)	(Dana Hawke de Hétet eiril)									
Nom d'usage	(Dans l'ordre de l'état civil)									
(s'il y a lieu)	(ex : nom d'époux(se))					Télép	hone			
Date de naissance	Jour Mois	Année	Sexe:	Femme	Homme	(Recomm				
Commune de naissance								Départem Collectivit	ent ou é d'outre-me	r
Pays								* * 0		
	(Si vous êtes né(e) à l'étrange	ņ								
Adresse	N° de la voie Ext	ension : bis, ter, etc.		Type de voie	: avenue, bou	ilevard, etc.				
Complément	Nom de la voie									
l'adresse	(Étage, escalier, appartement	- Immeuble, bâtiment, résiden	nce - Lieu-dit - Boîte	e postale)						
Code postal	c	ommune								
Courriel Recommandé)										
ricooninialocy										
	Catégorie(s) de pe	rmis demandée(s) (1):	AM A1	A2 A	B1 B	BE	C1E	C CE	D1 D1E	DDE
				40 4	D1 D	DF 4	LJ	0 0		
	Catégorie(s) déjà o	obtenue(s) (1) et (2) :	AM A1	A2 A		BE	C1E	C CE	D1 D1E	D DE
				$\Pi$						
		Acti	vité(s) professi	ionnelle(s)	exercée(s)					
Taxi	Ambulance	Voitur	re de remise		Ramassa	age scolaire		Trans	port public	de personne
Transport p	oublic à moto	☐ Vél	hicule de tourisr	me avec ch	auffeur				nseignant	de la conduit
Je soussign	e(e), le (la) déclarant(e), a	tteste sur l'honneur que				S	IGNATU	RE DU D	EMAND	EUR
ies renseign	ements de la présente de	emande sont exacts.								
Fait le :	1 1									
Je m'opp	ose à la réutilisation de autres que celles pour le	mes données personnesquelles elles sont col	nelles à llectées.					apposée ci-de		
								s déborder du	cadre interne	
				CADRE R	ESERVE A	NU(X) MÉD	ECIN(S)			
		N° d'agrément(s)								
РНОТО	GRAPHIE									
	3.0	Usager bénéfic	ciaire de la gratu	uité de l'exa	ımen médic	cal (joindre	justificatif)	(3)		
			GNATURE DE L'							
				OSAGER						
		Le ou les médecin(s	S)							
		certifie(nt) que	M. Mme							
		après avoir pris co	nnaissance des	s motifs d'o	ordre médic	cal de son	aptitude to	emporaire, de	e son aptiti	ude avec
		après avoir pris co restrictions ou de se	nnaissance des	s motifs d'o	ordre médic u signer la	cal de son déclaration	aptitude te prévue.	emporaire, di	e son aptiti	ude avec



## **PERMIS DE CONDUIRE - AVIS MEDICAL**

(Art. R. 212-2, R. 221-12 à R. 221-14, R. 221-19 et R. 226-1 à R. 226-4 du Code de la route) (Arrété du 31 juillet 2012 relatif à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite)

VOLET 1 Exemplaire n° 2 destiné au médecin

Numéro NEPH (Réservé à l'administration)

	(1)	À REMPLIR PAR LE DEMAN MAJUSCULES SANS ACCEI	DEUR À L'ENCRE NOIRE, E	EN LETTRES		Numero NEPH (F	Reserve a l'adm	ninistration)		
1-1)	Nom de	MAJOSCOLES SANS ACCE	NI EI SANS RAIURE							
	naissance	(C'est le nom qui figure sur v	otre acte de naissance)							
	Prénom(s)									
	Mana alliana	(Dans l'ordre de l'état civil)								
	Nom d'usa (s'il y a lieu	)								
	Date de	(ex : nom d'époux(se))  Jour Mois	Année	Sexe : Femme	Homme	Téléphone portable				
	naissance		7 (11100	OGAC . I CHAINE	Lioning	(Recommande	<b>5</b> )			
	Commune naissance	de						épartement ou ollectivité d'ou		
	Pays									
		(Si vous êtes né(e) à l'étrange	r)							
	Adresse	N° de la voie Ex	tomolom , blo don ata							
		in de la voie ZX	tension : bis, ter, etc.	lype de vi	ole : avenue, boule	vard, etc.				
		Nom de la voie								
	Compléme d'adresse									
		(Étage, escalier, appartement	- Immeuble, bâtiment, résidence -	- Lieu-dit - Boîte postale)						
	Code posta	al C	ommune							
	Courriel (Recommandé	(i)								
					a Paralla					
				M A1 A2 A	Di D	DE 04	0.0			
-2		Catégorie(s) de pe	rmis demandée(s) (1):	M A1 A2 A		BE C1	C1E C	CE D1	D1E D	DE
					Dr. D					
		Catégorie(s) déjà o	obtenue(s) (1) et (2) :	M A1 A2 A	B1 B	BE C1	C1E C	CE D1	D1E D	DE
										] [_]
			Activité	(s) professionnelle(s	s) exercée(s)					
	Taxi	Ambulance	Voiture de	e remise	Ramassage	e scolaire		Transport pu	iblic do poi	mannoo.
	¬	A march than A march		le de tourisme avec d		o ooolana				
	папърог	t public à moto	verticu	ie de tourisme avec c	mauneur			LJ Enseigr	nant de la c	onduite
	le soussie	gnála) la (la) dáglarant/a), et	toote and Uhana and and		1	SIGN	ATURE D	NI DEMA	MBEUD	
-3)	les renseig	gné(e), le  (la) déclarant(e), at gnements de la présente de	mande sont exacts.			SIGN	ATOREL	O DEMA	NDEUR	
	Fait le :									
	des fins	pose à la réutilisation de s s autres que celles pour les	mes données personnelle squelles elles sont collect	es à lées.		La signature do manière appuy	oit être apposé	e ci-dessus à l	'encre noire	et de
				CADDE	RÉSERVÉ AU			der du cadre ir	iterne	
				CADRE	HESERVE AU	(X) MEDEGIN	(S)			
			N° d'agrément(s)							
	РНОТ	OGRAPHIE								
			Usager hénéficiaire	e de la gratuité de l'ex	roman mádisəl	Galada Lucto				
П					carrieri medicai	goingre justing	catif) (3)			
П			REFUS DE SIGNAT	TURE DE L'USAGER						
			Le ou les médecin(s)							
			certifie(nt) que M.							
			après avoir pris connais restrictions ou de son in	ssance des motifs d aptitude, n'a pas vol	ordre médical ilu signer la dé	de son aptitu claration prévu	de tempora ie.	ire, de son a	ptitude ave	ec
				Signatu						
	<u></u>									



#### **PERMIS DE CONDUIRE - AVIS MEDICAL**

(Art. R. 212-2, R. 221-12 à R. 221-14, R. 221-19 et R. 226-1 à R. 226-4 du Code de la route) (Arrété du 31 juillet 2012 relatif à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite )

du Code de la route)
du tritude à la conduite )

Numéro NEPH (Réservé à l'administration)

**1** 

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

יוב	Nom de naissance	(Cleat la nome	and San the same at the	- d- d											
	Prénom(s)	(C'est le nom q	jui tigure sur votre a	acte de naissance)											
		(Dans l'ordre d	e l'état civil)												
	Nom d'usage (s'il y a lieu)	(ex : nom d'épo	nuv(eell												
	Date de naissance	Jour Jour	Mois	Année	Se	xe : Femn	ne Ho	mme _	Télép por (Recom	ohone table <sub>mandé)</sub>					
	Commune de naissance										Départe Collectiv	ment ou rité d'outr	e-mer		
	Pays	(Si vous êtes no	é(e) à l'étranger)												
	Adresse														
		N° de la voie	Extensi	on : bis, ter, etc.		Type d	e voie : aven	ue, boulev	ard, etc.						
		Nom de la voie													
	Complément d'adresse														
		(Étage, escalier	; appartement - Im	meuble, bâtiment, réside	ence - Lieu-dit -	Boîte postal	e)								
	Code postal		Com	mune											
	Courriel (Recommandé)														
_									1					-	
		0.15		12 12 12 12	AM A1	A2	A B1	В	BE	C1 C1E	C CE	D1	D1E	D	DE
9		Categ	one(s) de permis	s demandée(s) (1):									Ш		Ш
		Catéo	oriels) déià obte	nue(s) (1) et (2) :	AM A1	A2	A B1	В	BE	C1 C1E	C CE	D1	D1E	D	DE
		- Catog	0110(0) 40/4 0510	11000 (1) 01 (2)									Н		Ш
				Act	tivité(s) profe	essionnel	le(s) exer	cée(s)							
	Taxi		Ambulance	Voitu	re de remise		☐ Rar	nassage	e scolaire		☐ Tran	sport pu	ıblic de	perso	nnes
	Transport pu	ublic à moto		Vé	hicule de tou	ırisme ave	c chauffe	uг				Enseign	ant de	la con	duite
-						-	_	-					_	-	
-3				te sur l'honneur que nde sont exacts.	9				S	IGNATI	JRE DU I	DEMA	NDE	JR	
															11
	Fait le :	1	1												П
	Je m'oppo	se à la réuti	ilisation de me	s données person	nelles à				٢						
	des fins a	itres que ce	lles pour lesqu	uelles elles sont co	llectées.				La signa manière	ture doit êt appuyée sa	re apposée ci-c ins déborder di	lessus à l J cadre in	'encre n terne	oire et c	le
						CAD	RE RÉSEI	RVÉ AU(	(X) MÉD	ECIN(S)					
			-	N° d'agrément(s)											
	РНОТО	RAPHIE													
				Usager bénéfi	ciaire de la d	ratuité de	l'examen	médical	(ioindre	iustificatif	) (3)				1
			15	REFUS DE SIG					<b>V</b>						1
Ш				Le ou les médecini		L USAG	En								
				Lo ou les meuecini	(9)										
				certifie(nt) que											
				après avoir pris co restrictions ou de s	onnaissance son inaptitude	des motil e, n'a pas	s d'ordre voulu sigr	médical ter la dé	de son claration	aptitude i prévue.	temporaire, d	de son a	ptitude	avec	
						Sign	ature >								

# Exemplaire n° 1 destiné à la préfecture **AVIS DU OU DES MEDECINS** N° 14880\*01 Usager examiné : NOM **PRÉNOM** Né(e) le En commission médicale primaire En commission médicale d'appel En cabinet médical Autre structure médicale (préciser) : Examens complémentaires demandés le Tests psychotechniques réalisés le Après contrôle médical, le médecin , consultant hors commission médicale : NE PRONONCE PAS D'AVIS ET RENVOIE L'USAGER DEVANT LA COMMISSION MÉDICALE PRIMAIRE. 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 : GROUPE LÉGER OU ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RELEVANT DU GROUPE LÉGER Taxi Ambulance Voiture de remise Transport public de personnes Ramassage scolaire 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 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 GROUPE LOURD OU ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RELEVANT DU GROUPE LOURD

	Enseignement de la conduite	
APTE pour la durée de validité fixée par la réglement APTE TEMPORAIRE pour une durée de validité limit à réexaminer par la commission médicale :  oui 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		et

	DÉCLARATION EN CAS D'AVIS D'APTITUDE TEMPORAIRE, D'APTITUDE AVEC RECTRICTIONS OU D'INAPTITUDE
1	Je soussigné(e), M. Mme
	d'ordre médical qui ont entraîné l'avis d'aptitude temporaire, d'aptitude avec restrictions ou d'inaptitude à la conduite.

	Fait le :	1	1		Signature de l'usager (à l'issue du contrôle médical) (4)
•	Sig	nature et cac	thet du ou des médecins		

### Exemplaire n° 2 **AVIS DU QU DES MEDECINS** Carles au médecin PRÉNOM Usager examiné : NOM Né(e) le En commission médicale d'appel En cabinet médical En commission médicale primaire Autre structure médicale (préciser) : Examens complémentaires demandés le Tests psychotechniques réalisés le Après contrôle médical, le médecin , consultant hors commission médicale : NE PRONONCE PAS D'AVIS ET RENVOIE L'USAGER DEVANT LA COMMISSION MÉDICALE PRIMAIRE. Le(s) médecin(s) 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 : GROUPE LÉGER OU ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RELEVANT DU GROUPE LÉGER Bi Ambulance Taxi 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 : Observations: 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 GROUPE LOURD OU ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RELEVANT DU GROUPE LOURD C1E Enseignement de la conduite APTE pour la durée de validité fixée par la réglementation APTE TEMPORAIRE pour une durée de validité limitée à non non APTE avec les restrictions ou dispenses suivantes : Observations: 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

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.

Signature de l'usager (à l'issue du contrôle médical) (4)
Signature et cachet du ou des médecins

INAPTE

# Exemplaire n° 3 destiné **AVIS DU OU DES MEDECINS** Canu au demandeur **PRÉNOM** Usager examiné : NOM Né(e) le En cabinet médical En commission médicale primaire En commission médicale d'appel Autre structure médicale (préciser) : Examens complémentaires demandés le Tests psychotechniques réalisés le Après contrôle médical, le médecin , consultant hors commission médicale : NE PRONONCE PAS D'AVIS ET RENVOIE L'USAGER DEVANT LA COMMISSION MÉDICALE PRIMAIRE. Le(s) médecin(s) 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 : GROUPE LÉGER OU ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RELEVANT DU GROUPE LÉGER Bi 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 APTE avec les restrictions ou dispenses suivantes : Observations: 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 GROUPE LOURD OU ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RELEVANT DU GROUPE LOURD Enseignement de la conduite APTE pour la durée de validité fixée par la réglementation APTE TEMPORAIRE pour une durée de validité limitée à

<ul> <li>□ APTE avec les restrictions ou dispenses suivante</li> <li>□ dispositif de correction de la vision</li> <li>□ port d'un appareil de prothèse</li> </ul>	Observations:
☐ conduite d'un véhicule aménagé ☐ dispense du port de la ceinture de sécurité	
INAPTE	

d'ordre médical qui ont entraîné l'avis d'aptitude temporaire, d'aptitude avec restrictions ou d'inaptitude à la conduite,

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

Signature et cachet du ou des médecins