



N°14880\*02

**PERMIS DE CONDUIRE - AVIS MÉDICAL**(Art. R. 212-2, R. 221-10 à R. 221-14-1, R. 221-19 et R. 226-1 à R. 226-4 du Code de la route)  
(Arrêté du 31 juillet 2012 modifié relatif à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite)**1****ETAT CIVIL ET COORDONNÉES DU DEMANDEUR À REMPLIR À L'ENCRE NOIRE, EN LETTRES MAJUSCULES SANS ACCENT NI RATURE**

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.

Complément d'adresse

Nom de la voie

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

Code postal

Commune

Courriel (Recommandé)

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

Catégorie(s) de permis déjà détenue(s) :

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) de permis sur lesquelles porte l'avis médical :

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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

 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 à réexaminer par la commission médicale :  oui  non et

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

Signature et cachet du ou des médecins