

PERMIS DE CONDUIRE - AVIS MÉDICAL

4880*02			(Art. R. 2 Arrêté du															e)					
	T CIVIL ET C								-														
Nom de																							
naissance	(Clost lo no	m qui figure s	cur votro a	ucto do n	naissance																		
	(C est le 110	m qui ngure s	sur volle a	icle de i	iaissaiice	;) 							т										
Prénom(s)	(Dana l'ordr	e de l'état civ	:1\																				
Nom d'usage	(Dails Fold)	e de l'état civ	")										т										
(s'il y a lieu)	(ex : nom d'	époux(se))																					
Date de naissance	Jour	Mois		Anr	née			Se	xe : l	Femme	e	Homr	ne _	Tél	éphor rtable	ne							
Commune de														(Rec	ommano	lé)				ent ou			
naissance																		Collec	ctivité	d'outre-	-mer		
Pays		44 3 3 84																					
	(SI vous etes	né(e) à l'étrange	er)										Т										
Adresse	N° de la voie	9	Extension	on : bis,	ter, etc.				1	Гуре de י	voie : a	venue, l	bouleva	ard, etc) D.								
0 1/	Nom de la v	voie .																					
Complément d'adresse	لللبا																						
	(Étage, esca	alier, apparter	nent - Imn	neuble,	bâtiment	, réside	nce - Lie	u-dit, I	Boîte p	oostale, (Commu	ne délé	guée)										
Code postal			Comm	nune									+										
Courriel (Recommandé)																							
<u> </u>								1								,							
Taxi VTC L	Ambulan	Ce LIN	amassa	ge scc	лапе					de pers			110	anspe	ort pui	olic à r	11010		_ =	Seigili	ant de	ia coi	luu
Modalités du con	trôle médic	cal:				A	ען פוע) DE	3 ME	DEC	INS											
En cabinet médi	cal E	n commiss	sion méd	dicale i	orimaire	9	ПEr	com	missi	ion mé	dicale	d'app	el		Autro	es:							
							_																
Examens complé	mentaires o	demandes	le							Exam	en ps	ycnote	cnniq	ue re	alise	le							
Le(s) médecin(s)								e	t													a	gré
s) préfet(s) de (s) d	lépartemen	t(s) n°					, ar	orès d	contrá	ôle méd	dical o	le l'inte	éressé	é(e), (émett	ent co	nform	éme	nt à I	a régl	lementa		
à la liste des affec			atibles a	avec le	mainti	en ou	la déli	vranc	e du	permis	de c	onduir	e, l'av	is mé	dical	suiva	nt :						
APTE pour	la durée de	e validité fi	xée par	la rég	lementa	ation					□ Gr	oupe l	éger		□ Gr	oupe l	ourd						
□ АРТЕ ТЕМ																					et et		
	ner par la co					oui	nor	0	bserv	ations	:												
☐ APTE aved																							
□ autres	de correct	ion crou p	rotcotio	ii uc ia	VISIOIT																		
☐ INAPTE											□G	roupe	léger		□ Gr	oupe l	ourd						
Après contrôle mé	dical le mé	decin agré	sé cons	ultant	hore co	mmie	sion m	édica	، ما														
ne prononce		_								maire													
		CLARATIO									THE	AVEC	DEST	ורדי	ONE	ייים עו	VAPT	TUD					
Je soussigné			IN EN CA	J D'AV	AP		, E E V	- UKA	iKE,	U APII	. UDE					וויע טל conna				otifs			
d'ordre médic			vis d'apt	itude t	empora	aire, d	'aptitud	le ave	ec res	striction	ns ou												
E 71	,	,							Г														
Fait le :	1	1								Signa	ture e	t cach	et du	ou d	es mé	decin	S						
Signature de l'usag [Représentant légal si		e du contrô	le médi	cal)																			
	-																						