

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 conduit

TATION IL TOORDOWNESS DI DIAMODUR À REPURA VISICER POIRE, IN LETTERS MAJUSCULES SAIS ACCENT RIAMODE Prétonnées M B O U P Circula sur au y Eigne au vera au a da la la automatic Prétonnées Non d'usage (8 y 9 Millo Contract present présonnes Non d'usage Prétonnées Non d'usage (8 y 9 Millo Contract present prétonnes Non d'usage (8 y 9 Millo Contract present prétonnes Non d'usage (8 y 9 Millo Contract present prétonnes Non d'usage Non d'usage Non d'usage S E N E G N L R U E D E S C N P U C N S Non de la see R'o la bettacte la se contract present prétonnes R'o la bettacte la se contract present prétonnes R'o la bettacte la se contract present prétonnes (Code poutait (Flaga, acceste, apparement, immante, diffrant, estabacce, Lau et Ribe, patate, Commans actiquals) Code poutait (Flaga, acceste, apparement, immante, diffrant, estabacce, Lau et Ribe, patate, Commans actiquals) (Code poutait (Flaga, acceste, apparement, immante, diffrant, estabacce, Lau et Ribe, patate, Commans actiquals) (Code poutait (Flaga, acceste, apparement, immante, diffrant, estabacce, Lau et Ribe, patate, Commans actiquals) (Code poutait (Flaga, acceste, apparement, immante, diffrant, estabacce, Lau et Ribe, patate, Commans actiquals) (Code poutait (Flaga, acceste, apparement, immante, diffrant, estabacce, Lau et Ribe, patate, Commans actiquals) (Code poutait (Flaga, acceste, apparement, immante, diffrant, estabacce, Lau et Ribe, patate, Commans actiquals) (Code poutait (Flaga, acceste, apparement, immante, diffrant, estabacce, Lau et Ribe, patate, Commans actiquals) (Code poutait (Flaga, acceste, apparement, immante, diffrant, estabacce, Lau et Ribe, patate, Commans actiquals) (Code poutait (Flaga, acceste, apparement, immante, diffrant, estabacce, Lau et Ribe, patate, Commans actiquals) (Code poutait (Flaga, acceste, apparement, immante, diffrant, estabacce, Lau et Ribe, patate, Commans actiquals) (Code poutait (Flaga, acceste, apparement, immante, diffrant, estabacce, Lau et Ribe, patate, Commans	80*02 1 ETA	T CIVII	ET	coo	RDO	NNE	ES DI	J DEN	/AND	EUR	ÀRE	MPL	.IR À	L'EN	ICRE	NOIE	RE. E	N LE	TTRE	ES N	ULAN	ISCU	LES	SAN	S AC	CENT	NI R	ATU	₹E						
Prénoncy Mode de la control de la lace de vote médical : Prénoncy Mode M																	,-																		
Comparison Com	naissance						ur vot	re acte	e de i	naissa	ince)																								
Configuration Configuratio	Prénom(s)	M	0	U	Н	Α	М	Ε	D		E	L		M	0	U	S	Т	Α	Р	Н	Α													
Complement Com	Nom d'usage	(Dans	s l'ord	dre de	e l'éta	at civi	l)																												
Complement al management to a controller médicale primaire Pays S E N E G A L P U C N S Pays Note the time of strenger Pays S E N E G A L P U C N S Pays Pays Note that the strenger Pays Pay	(s'il y a lieu)	(ex : ı	nom (d'épo	oux(se	e))																													
Colegories de permis sur l'accommance) Adresse R U E R U R U	naissance	Jour	0	4	N	/lois	1	2	Anr	née	2	0	0	0	Se	xe:	Fem	nme		Но	mme	×] Te	eléph orta ecomm	one ole andé)	0	7					8	7	8	
Adrosse 2		M	В	Α			L																									mer			
Advisses	Pays							L																											
R U E D E S C A P U C I N S Complément Cardioresse Complément Cardioresse Cardiorese Cardiorese Cardioresse Cardioresse Cardioresse Cardioresse Cardioresse Cardiore	Adresse																R	u	е																
Complément d'adresse (Esupe, escaler, appartement - Immeuble, Biltiment, fésience - Leu-dit, Boile postale, Commune déléquée) Code postal 6 7 2 0 0 Commune S T R A S B O U R G Courrier Metit de la demande d'avis médicals: Renouvellement périodique Nouvelle categorie Suspension Après invalidation ou annulation Cetégorie(1) de permis sur lesqualtes porte l'avis médicals: Ad. A B B B C C CE 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0						D			: bis,			D	П	C	ı			de vo	oie : a	venu	ie, bo	uleva	ard, e	etc.											
d'adresse Code postal 6 7 2 0 0 Commune S T R A S B O U R G Cocurrier ME T A M B P 5 @ G M A I L . C O M Motif de la demande d'avis médicat : Renouvellement périodique Nouvelle catégorie Suspension Après invalidation ou annulation Catégorie(s) de permis déjà détenue(s): AM A1 A2 A B1 B B C C C C D D DE D DE Catégorie(s) de permis déjà détenue(s): Activité() professionnelle(s) exercés(s): Taxi VTC Ambulance Ramassage scolaire Transport public de personnes Transport public à moto Enseignant de la conduitation ou annulation AVIS DU OU DES MÉDECINS Modalités du contrôle médical En commission médicale primaire En commission médicale d'appel Autres : Examens complémentaires demandés le Examen psychotechnique réalisé le e(s) médecin(s) et Examen psychotechnique réalisé le e(s) médecin(s) et Groupe lèger Groupe lourd APTE pour la durée de validité fixée par la réglementation APTE pour la durée de validité fixée par la réglementation APTE pour la durée de validité fixée par la réglementation APTE TEMPORAIRE pour une durée de validité limitée à a réexamine par la commission médicale : oui non APTE avec les restrictions ou dispenses suivantes : oui non APTE avec les restrictions ou dispenses suivantes : oui non Déservations : Déscription de correction et/ou protection de la vision déclare avoir pirs connaissance des motifs d'ordre médical le médical pur de declare après (a prisupe devant la commission médicale restrictions ou d'inspittude à la conduite. Signature et cachet du ou des médecins Signature et cachet du ou des méde	Complément				į			J			, t	•	U	J			J																		
Medit de la demande d'avis médicat : Renouvellement périodique Nouvelle catégorie Suspension Après invalidation ou annulation		(Étag	e, esc	calier	r, app	arten	nent -	Imme	uble,	bâtim	ent, ré	éside	ence -	- Lieu	-dit, E	Boîte p	posta	le, Co	ommu	ıne d	élégu	ıée)													
Nouvelle catégorie Suspension Après invalidation ou annulation Après invalidation ou annulation Catégorie Suspension Après Catégorie	Code postal	6	7	2	0	0	Co	mmu	ne	S	Т	R	Α	S	В	0	U	R	G																
Activité(s) professionnelle(s) exercée(s): Avis DU OU DES MÉDECINS Avis Du Des MÉDECINS Avis Du OU DES MÉDECINS Avis Du Du DES MÉDECINS Av	Courriel (Recommandé)	M	Ε	Т	Α	M	В	Р	5	@	G	M	Α	ı	L		С	0	M																
Activité(s) professionnelle(s) exercée(s): Taxi VTC Ambulance Ramassage scolaire Transport public de personnes Transport public à moto Enseignant de la condu- AVIS DU OU DES MÉDECINS Adailtés du contrôle médical : En cabinet médical En commission médicale primaire En commission médicale d'appel Autres : En cabinet médical En commission médicale primaire Examen psychotechnique réalisé le e(s) médecin(s) et Examen psychotechnique réalisé le e(s) médecin(s) et agriere agriere		Catég	orie	(s) de	e peri	mis d	léjà d	étenu	ıe(s) :		A	M																							
Activité(s) professionnelle(s) exercée(s): Taxi VTC Ambulance Ramassage scolaire Transport public de personnes Transport public à moto Enseignant de la conductivation AVIS DU OU DES MÉDECINS Modalités du contrôle médical : En cabinet médical En commission médicale primaire En commission médicale d'appel Autres : Examens complémentaires demandés le Examen psychotechnique réalisé le Le(s) médecin(s) et agri Le(s) médecin(s) et agri APTE pour la durée de validité fixée par la réglementation a la liste des affections médicales compatibles avec le maintien ou la délivrance du permis de conduire, l'avis médical suivant : APTE pour la durée de validité fixée par la réglementation APTE TEMPORAIRE pour une durée de validité limitée à	graden state to the second										L		A1	A2]		 31	В	BE	CI	_	1E	С	CE		1 D	LE	D	DE						
AVIS DU OU DES MÉDECINS Modalités du contrôle médical: En cabinet médical							. Cavi	Jilleu	arcac .	•			Ш							L	JL			L					Ш						
Modalités du contrôle médical: En cabinet médical		_			_	_	amas	sage	e sco	olaire	, [Tran	spoi	rt pu	blic	de p	erso	nne	S		Tra	ansı	oort	oubl	ic à r	noto)		Ens	eigna	ant d	e la d	conc	lι
En cabinet médical	and delivery of the second											A	VIS	DU	OL	J DE	S N	1ÉD	ECI	INS															
Examens complémentaires demandés le Examen psychotechnique réalisé le e(s) médecin(s)						miaa	ion r	nádic	aala	prim	oiro			En		miaa	ion	má di	icala	مالم		ı	Г	٦,	ıtro										
préfet(s) de (s) département(s) n°								ledic	ale	prima	alle			CIII	COIII	IIIISS																			
préfet(s) de (s) département(s) n°	zamens complet	пспца	1163	uen	IIaiic	163 1	C										LAC	arrier	ı ps	yCric	Jieci	шц	ue i	Call)										
la liste des affections médicales compatibles avec le maintien ou la délivrance du permis de conduire, l'avis médical suivant : APTE pour la durée de validité fixée par la réglementation Groupe léger Groupe lourd APTE TEMPORAIRE pour une durée de validité limitée à		, ,		.,	١												^1	. II					, , , ,	,			,	,		`				_	
APTE TEMPORAIRE pour une durée de validité limitée à						omp	atible	es av	ec le	e ma	intier	า ou																mėn	ent	à la	rėgl	eme	ntatio	on ei	ו
à réexaminer par la commission médicale : oui non Observations : dispositif de correction et/ou protection de la vision autres Groupe léger Groupe lourd Groupe léger Groupe leger Gr																			Gr	oup	e lég	ger			Grou	ıpe lo	ourd								
□ APTE avec les restrictions ou dispenses suivantes : □ dispositif de correction et/ou protection de la vision □ autres □ Groupe léger □ Groupe lourd Près contrôle médical, le médecin agréé, consultant hors commission médicale : □ ne prononce pas d'avis et renvoie l'usager devant la commission médicale primaire. DÉCLARATION EN CAS D'AVIS D'APTITUDE TEMPORAIRE, D'APTITUDE AVEC RESTRICTIONS OU D'INAPTITUDE Je soussigné(e), □ M. □ Mme				•										non	О	osen	vatio	ns :														et			
□ INAPTE □ Groupe léger □ Groupe lourd Près contrôle médical, le médecin agréé, consultant hors commission médicale : □ ne prononce pas d'avis et renvoie l'usager devant la commission médicale primaire. □ 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. Signature de l'usager (à l'issue du contrôle médical)																																			
près contrôle médical, le médecin agréé, consultant hors commission médicale : ne prononce pas d'avis et renvoie l'usager devant la commission médicale primaire. DÉCLARATION EN CAS D'AVIS D'APTITUDE TEMPORAIRE, D'APTITUDE AVEC RESTRICTIONS OU D'INAPTITUDE Je soussigné(e), M. Mme		de co	orrec	ction	ı et/c	ou pi	roted	tion	de la	a visi	on																								
ne prononce pas d'avis et renvoie l'usager devant la commission médicale primaire. DÉCLARATION EN CAS D'AVIS D'APTITUDE TEMPORAIRE, D'APTITUDE AVEC RESTRICTIONS OU D'INAPTITUDE	☐ INAPTE																	[□G	rou	pe lé	ger			Grou	ıpe lo	ourd								
DÉCLARATION EN CAS D'AVIS D'APTITUDE TEMPORAIRE, D'APTITUDE AVEC RESTRICTIONS OU D'INAPTITUDE Je soussigné(e), M. Mme	près contrôle méd	dical,	le m	néde	cin a	agré	é, co	onsul	tant	hors	com	ımis	sion	n mé	dica	le :																			
Je soussigné(e), M. Mme	ne prononce	pas d	'avis	s et	renv	/oie	ľusa	ger c	deva	ant la	com	mis	sion	mé	dica	le pri	imai	re.																_	
d'ordre médical qui ont entraîné l'avis d'aptitude temporaire, d'aptitude avec restrictions ou d'inaptitude à la conduite. Fait le : Signature et cachet du ou des médecins gnature de l'usager (à l'issue du contrôle médical)		e) ۲					NEN	CAS I	D'AV	IS D'	APTI	TUE	DE TI	EMP	ORA	IRE,	D'AI	PTIT	UDE											mot	ife				
gnature de l'usager (à l'issue du contrôle médical)						110										oc ro	stric	tions	S OLL				uv	/II PI		,,,,,,	oou		uoo						
gnature de l'usager (à l'issue du contrôle médical)	Je soussigné(/is d'	aptitu	ude t	temp	orair	e, d	'apti	tude	ave	CIC			. 00	u III	aptit	ude	à la	cor		e.									
epresentant legal si mineurj	Je soussigné(d'ordre médica						/is d'	aptitu	ude 1	temp	orair	e, d	'apti	tude	e ave										duit		-								
	Je soussigné(d'ordre médica Fait le : gnature de l'usago	al qui	ont	entr	raîné	é l'av				temp	orair	e, d	'apti	tude	ave										duit		6								