

N°14880*02

1

ETAT CIVIL ET COORDONNEES DU DEMANDEUR À REMPLIR À L'ENCRE NOIRE, EN LETTRES MAJUSCULES SANS ACCENT NI RATURE

Nom de naissance

D A L A R O Y

(C'est le nom qui figure sur votre acte de naissance)

Prénom(s)

A L E X A N D R E S O U T H I S A C K

(Dans l'ordre de l'état civil)

Nom d'usage (s'il y a lieu)

D A L A R O Y

(ex : nom d'époux(se))

Date de naissance

Jour 2 1 Mois 0 5 Année 2 0 0 4 Sexe : Femme ☐ Homme ☒ Téléphone portable (Recommandé) 0 7 8 3 6 3 2 8 0 8

Commune de naissance

L E V A L L O I S - P E R R E T

Département ou Collectivité d'outre-mer

0 9 2

Pays

F R A N C E

(Si vous êtes né(e) à l'étranger)

Adresse

4 9 B O U L E V A R D

N° de la voie

Extension : bis, ter, etc.

Type de voie : avenue, boulevard, etc.

V A N G O G H

Nom de la voie

Complément d'adresse

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

Code postal

5 9 6 5 0 Commune V I L L E N E U V E - D ' A S C Q

Courriel (Recommandé)

A L E X A N D R E . D A L A R O Y @ G M A I L . C O M

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

Catégorie(s) de permis sur lesquelles porte l'avis médical :

A1 A2 A B1 B BE C1 C1E C CE D1 D1E D DE

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 _____ et à réexaminer par la commission médicale : ☐ oui ☐ non
- ☐ **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'usager 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'usager (à l'issue du contrôle médical)
[Représentant légal si mineur]

Signature et cachet du ou des médecins