

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	H A R O U																											
(C'est le nom qui figure sur votre acte de naissance)																												
Prénom(s)	G U I N D J A																											
(Dans l'ordre de l'état civil)																												
Nom d'usage (s'il y a lieu)																												
(ex : nom d'époux(se))																												
Date de naissance	Jour	2	7	Mois	1	1	Année	1	9	8	9	Sexe :	Femme	<input type="checkbox"/>	Homme	<input checked="" type="checkbox"/>	Téléphone portable (Recommandé)											
Commune de naissance	9	9																Département ou Collectivité d'outre-mer										
Pays	T C H A D																											
(Si vous êtes né(e) à l'étranger)																												
Adresse	5 1 0										A v e n u e																	
N° de la voie Extension : bis, ter, etc. Type de voie : avenue, boulevard, etc.																												
Complément d'adresse	D E B A G A T E L L E																											
Nom de la voie																												
Code postal	A P P A R T E M E N T 4 8 - B A T I M E N T D																											
(Étage, escalier, appartement - Immeuble, bâtiment, résidence - Lieu-dit, Boîte postale, Commune déléguée)																												
Code postal	1 3 0 9 0 Commune A I X - E N - P R O V E N C E																											
Courriel (Recommandé)	H A R O U G U I N D J A @ 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
<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 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"/>

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

<input type="checkbox"/> <b>APTE</b> pour la durée de validité fixée par la réglementation	<input type="checkbox"/> Groupe léger	<input type="checkbox"/> Groupe lourd
<input type="checkbox"/> <b>APTE TEMPORAIRE</b> pour une durée de validité limitée à _____ à réexaminer par la commission médicale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	et	
<input type="checkbox"/> <b>APTE</b> avec les restrictions ou dispenses suivantes : <input type="checkbox"/> dispositif de correction et/ou protection de la vision <input type="checkbox"/> autres	Observations :	
<input type="checkbox"/> <b>INAPTE</b>		
	<input type="checkbox"/> Groupe léger	<input type="checkbox"/> Groupe lourd

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