

Nom de naissance (Cest le nom qui figure sur vetre acte de naissance)  Prénom(s)  (Dans l'ordre de l'état civil)  Nom d'usage (ell y a lieu) (ox : nom d'apour(ce))  Date de naissance  Commune de naissance  Commune de naissance  R' de la voie  Extension 1 bis, ler, ell:  Type de voie : avenue. boulevant. ell:  Complément d'adresse  (Claps, escaller. appartement - Invineuble, bâtiment, résidence - Lieu-di, Boile postale, Commune déléguée)  Code postal  Courriel (Recommandé)  Metir de la demande d'avis médicat : Renouvellement périodique Nouvelle catégorie  Catégorie(s) de permis déjà détenue(s):  Al 2 A B B B E C C E D DE D DE  Catégorie(s) de permis déjà détenue(s):  Al 2 A B B B E C C E D DE D DE  Catégorie(s) de permis déjà détenue(s):  Al 2 A B B B E C C E D DE D DE  Catégorie(s) de permis sur lesquelles porte l'avis médicat:  Activité(s) professionnatie(s) sercés(s):  Transport public de personnes											1 à R. 2					*	- \				
Nom de malsamon (()Cost los em au Plans aur vors auts du rateanned Petromon(c) (()Cost los em au Plans aur vors auts du rateanned Petromon(c) (()Cost los em au Plans aur vors auts du rateanned Petromon(c) (()Cost los em au Plans aur vors auts du rateanned Petromon(c) (()Cost los em au Plans aur vors auts du rateanned Date de los em cost de diference de los em auts de la cost de la c	880*02 <b>1</b> ET	AT CIVIL ET COC	•	· ·				_									•				
Complement   Com																					
Norm d'usage   (S'1 y a lieu)   Care fest sevé   Norm d'usage   (S'1 y a lieu)   Care fest sevé   Norm d'usage   (S'1 y a lieu)   Care fest sevé   Norm d'usage   (S'1 y a lieu)   Care fest sevé   Norm d'usage   (S'1 y a lieu)   Care fest sevé   Norm d'usage   Dud   Mois   Année   Saxe : Femme   Hommin   Tééghone   Disparament ou Commune   Norm d'usage   Norm d'u						,															
Compelement Commune de la seus l'autres de la centrale per la l'autre de l'autres d'autres d'		(C'est le nom	qui figure s	ur votre acte d	le naissan	ce)															
Nom clusage (cr. ross)diposition)  Date to reside the common of the comm	Prénom(s)	(Dana l'ordro d	do l'átat aivi	:IX																	
Date de Commune de la control	Nom d'usage		ue retat civi	i)																	
Complement de la sole   Pays   Bereiro   Berei	(s'il y a lieu)	(ex : nom d'ép	oux(se))																		
Complement d'adriesse  Pays    Course   Ford is viole   Expension   De lor, dec   Type de voix   cennue délégade		Jour	Mois	A	nnée			Sexe	e : Femn	ne _	Homn	ne	Télé por	phon able	e S)						
Adresse Nor de la sole Ebereion bis ler, etc. Type de vote persus, boulevard, etc.  Complément Norri de la vote Norri de la vote Norri de la vote Code postal Commune  Catégorier) de permis dejà detervel():  Catégorier) de permis dejà detervel():  Catégorier) de permis dejà detervel():  At 1 2 1 5 1 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5	Commune de											Т	(IVECOI	IIIIailue	,					ner	
Adresse  N' de la voie  Exercision bis, far, etc.  Type de vole : avenue, boulevord, etc.  Nom de la voie  Complement d'adrisses  Case, excisir appartenent immedie, bitiment, résidence: Lisu dit, Belte postate, Commune délégale)  Code postal  Courriel  Reconveilement périodique  Nouvelle calégorie  Code postal  Commune  Consmune  Catégorie(s) de permis déjà détenue(s):  Adout l'actégorie(s) de permis déjà détenue(s):  Catégorie(s) de permis déjà détenue(s):  Catégorie(s) de permis déjà détenue(s):  Catégorie(s) de permis déjà détenue(s):  Adout l'actégorie(s) de permis déjà détenue(s):  Catégorie(s) de permis déjà détenue(s):  Adout l'actégorie(s) de permis déjà détenue(s):  Catégorie(s) de permis déjà détenue(s):  Adout l'actégorie(s) de permis déjà détenue(s):  Catégorie(s) de permis déjà détenue(s):  Adout l'actégorie(s) de permis déjà détenue(s):  Catégorie(s) de permis déjà détenue(s):  Adout l'actégorie(s) de permis déjà détenue(s):  Catégorie(s) de permis déjà détenue(s):  Adout l'actégorie(s) de permis déjà détenue(s):  Catégorie(s) de permis déjà détenue(s):  Adout l'actégorie(s) de permis déjà détenue(s):  Catégorie(s) de permis déjà détenue(s):  Adout l'actégorie(s) de l'actégorie des des des des des des des des des de	Haissance																Collecti	vite u	outi e-i	ilei	
Note is note  Complement  Complement  Code postal  Code postal  Code postal  Courrie  Code postal  Courrie  Cou	Pays	(Si vous êtes né(	(e) à l'étrange	r)																	
Complement d'adresse (Étipse, escaleir, appartement - Immeuble, bâlment, résidence - Lieu-dit, Bôte postale, Commune déléguée)  Code postal Commune  Courreinandis)  Mostif de la demande d'avis médicat : Renouvellement périodique   Nouvelle catégorie   Suspension   Après invalidation ou annulation    Catégories) de permis déjà détenue(p):   All All All All All Bl. Bl. Bl. C. C.E. C. C. Bl. D.E. D. Bc. Catégories) de permis sur tesquelles porte l'avis médicat :   All All All All Bl. Bl. C. C.E. C. C. Bl. D.E. D. Bc. Catégories) de permis sur lesquelles porte l'avis médicat :   All All All All Bl. Bl. C. C.E. C. C. Bl. D.E. D. Bc. Catégories) de permis sur lesquelles porte l'avis médicat :   All All All All Bl. Bl. C. C.E. C. C. Bl. D.E. D. Bc. Catégories) de permis sur lesquelles porte l'avis médicat :   All All All Bl. Bl. C. C.E. C. C. Bl. D.E. D. Bc. Catégories) de permis sur lesquelles porte l'avis médicat :   All All All Bl. Bl. C. C.E. C. C. Bl. D.E. D. Bc. Catégories) de permis sur lesquelles porte l'avis médicat :   All All All Bl. Bl. C. C.E. C. C. Bl. D.E. D. Bc. Catégories) de permis sur lesquelles porte l'avis médicat :   All All All Bl. Bl. C. C.E. C. C. Bl. D.E. D. Bc. Catégories) de permis sur lesquelles porte l'avis médicat :   All All All Bl. Bl. C. C.E. C. C. B. D.E. D. Bc.  Catégories) de permis sur lesquelles porte l'avis médicat :   All All All Bl. Bl. C. C.E. C. C. B. D.E. D. Bc.  Catégories) de permis sur lesquelles primarie   En commission médical e   Examen psychotechnique réalisé le    Les mobilités du contrôle médical de l'intéressé(e), émettent conformément à la réglementation et la liste des affections médicales avec le maintien ou la délivrance du permis de conduire, l'avis médicale suivant :    Les médical qui durée de validité fixée par la réglementation et la délivrance du permis de conduire, l'avis médicale suivant :    APTE avec les restrictions ou dispenses suivantes :    APTE avec les restrictions ou dispenses suivantes :    APTE avec les restrictions ou dispenses suivantes :	Adresse																				
Code postal  Commune  Courrie  Catégorie(s) de permis déjà détenue(s):  Catégorie(s) de permis sur lesqueltes porte l'avis médical:  Activité(s) professionnelte(s) exercé(s):  Taxi   VTC   Ambulance   Ramassage scolaire   Transport public de personnes   Transport public à moto   Enseignant de la conditate de l'acabinet médical   En commission médicale primaire   En commission médicale d'appel   Autres :  Examen scomplémentaires demandés le   Examen psychotechnique réalisé le    Le(s) médecin(s)   et   April pour la durée de validité fixée par la réglementation er la la réglementation er la la late de sa déclans médicales compatibles avec le maintien ou la délivance du permis de conduire, l'avis médical suivant :    APIE pour la durée de validité fixée par la réglementation   Groupe léger   Groupe lourd		N° de la voie		Extension : b	is, ter, etc.				Type de	e voie : a	avenue, t	ouleva	rd, etc.								
Code postal Commune Code postal Code postal Commune Code postal Code p		Nom do la voi																			
(Étago, escaler, appartement - immusele, bêtiment, visidence - Lisui-di, Bolte postale, Commune déléguée)  Code postal   Commune   Commune   Commune   Commune de la commune de la code   Commune		Non de la voie										Т									
Motif de la demande d'avis médical: Renouvellement périodique Nouvelle catégorile Suspension Après invalidation ou annulation  Catégorie(t) de permis déjà détenue(s):  AM A1 A2 A B3 B B E C CLE C CE D3 D1E D DE  Catégorie(s) de permis sur lesquelles porte l'avis médical:  AL A2 A B3 B B E C CLE C CE D3 D1E D DE  Catégorie(s) de permis sur lesquelles porte l'avis médical:  AL A2 A B3 B B E C CLE C CE D3 D1E D DE  Catégorie(s) de permis sur lesquelles porte l'avis médical:  AL A2 A B3 B B E C CLE C CE D3 D1E D DE  Catégorie(s) de permis sur lesquelles porte l'avis médical:  AL A2 A B3 B B E C CLE C CE D3 D1E D D DE  Catégorie(s) de permis sur lesquelles porte l'avis médical:  AL A2 A B3 B B E C CLE C CE D3 D1E D D DE  Catégorie(s) de permis sur lesquelles porte l'avis médical:  AL A2 A B3 B B E C CLE C CE D3 D1E D D DE  Catégorie(s) de permis sur lesquelles porte l'avis médical:  AL A2 A B3 B B E C CLE C CE D3 D1E D D DE  Catégorie(s) de permis sur lesquelles porte l'avis médical:  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  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 avec les restrictions ou dispenses suivantes :  APTE avec les restrictions ou dispensites de montificale primaire.  APTE avec les res	d'adresse	(Étage, escalie	er, apparten	nent - Immeub	le, bâtime	nt, réside	ence - Lie	u-dit, Boî	te postale	Comm	une délég	guée)									
Motif de la demande d'avis médical:	Code postal			Commune	9																
Motif de la demande d'avis médical:	Courriel																				
Catégorie(s) de permis déjà détenue(s):  AM A1 A2 A B1 B BE C1 CIE C CE D1 D1E D DE  Catégorie(s) de permis sur tesquelles porte l'avis médical:  Activité(s) professionnelle(s) exercée(s):  Taxi	(Recommandé)																				
Examens complémentaires demandés le Examen psychotechnique réalisé le  Le(s) médecin(s) et agrée de l'intéressé(e), émettent conformément à la réglementation en 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	- Taxi		,	amassage s	looidii c								Порог	t pub	110 4 1	noto		LIIO	cigila	in do it	2 001101
Le(s) médecin(s) et agriculture de l'intéressé(e), émettent conformément à la réglementation en à 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	Modalités du co	ntrôle médical	l:																		
Le(s) médecin(s)  et agricé (s) de (s) département(s) n° , après contrôle médical de l'intéressé(e), émettent conformément à la réglementation en à 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	En cabinet méd	ical En	commiss	ion médical	le primai	ire	☐ En	comm	ission m	édical	e d'app	el		Autre	s:						
Le(s) médecin(s)  et agr  préfet(s) de (s) département(s) n° , après contrôle médical de l'intéressé(e), émettent conformément à la réglementation en 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	Examens complé	émentaires de	mandés l	le					Exar	nen ps	vchote	chniqu	ıe réa	ılisé l	e						
) préfet(s) de (s) département(s) n° , après contrôle médical de l'intéressé(e), émettent conformément à la réglementation er à 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	•										•	Ċ									
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	Le(s) médecin(s)							et													agr
APTE pour la durée de validité fixée par la réglementation				atibles aver	a la mair	ation o											némen	t à la	régle	menta	tion en
APTE TEMPORAIRE pour une durée de validité limitée à a réexaminer par la commission médicale :   oui   non   Observations :     APTE avec les restrictions ou dispenses suivantes :   dispositif de correction et/ou protection de la vision   autres   Groupe léger   Groupe lourd   Groupe léger   Groupe lourd   Après 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							ı ia ueiiv	Tance	du perm												
à réexaminer par la commission médicale :										□ G	oupe le	eger	L	J Gro	upe l	ourd				ot	
dispositif de correction et/ou protection de la vision   autres   Groupe léger   Groupe lourd     INAPTE   Groupe léger   Groupe lourd     Après 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	Obs	ervation	s:										eı	
autres INAPTE Groupe léger Groupe lourd  Après contrôle médical, le médecin agréé, consultant hors commission médicale : Ine 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			ns ou dis	penses suiv	vantes :																
INAPTE	à réexami	c les restriction			la visio	n															
Après 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	à réexami  ☐ APTE avec ☐ disposit		n et/ou p	rotection de																	
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	à réexami  APTE avec disposit autres		n et/ou pi	rotection de						Па	roune	lágar	Г	Gro	une l	ourd					
DÉCLARATION EN CAS D'AVIS D'APTITUDE TEMPORAIRE, D'APTITUDE AVEC RESTRICTIONS OU D'INAPTITUDE  Je soussigné(e), M. Mme	à réexami  APTE avec disposit autres INAPTE	if de correction									Groupe	léger		☐ Gro	oupe lo	ourd					
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.    Fait le :	à réexami  APTE aver  disposit  autres  INAPTE	if de correction	ecin agré	eé, consulta	nt hors o	commis					Groupe	léger		☐ Gro	oupe lo	ourd					
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 signature de l'usager (à l'issue du contrôle médical)	à réexami  APTE aver  disposit  autres  INAPTE	if de correction	ecin agré	eé, consulta	nt hors o	commis					Groupe	léger		Gro	oupe lo	ourd					
Fait le : Signature et cachet du ou des médecins Signature de l'usager (à l'issue du contrôle médical)	à réexami  APTE aver  disposit  autres  INAPTE  Après contrôle me	édical, le méde e pas d'avis et	ecin agré t renvoie	é, consulta l'usager de	nt hors o	commis	ssion mé	édicale	primaire	ı.	AVEC I	RESTR	ICTIO	NS O	ווים ט	IAPTI					
Signature de l'usager (à l'issue du contrôle médical)	à réexami  APTE aver  disposit  autres  INAPTE  Après contrôle me  ne prononce  Je soussigné	édical, le méde e pas d'avis et DÉCI	ecin agré t renvoie  LARATION  Mme	é, consulta l'usager de N EN CAS D'	nt hors o	commis	SSION ME	dicale	primaire	ITUDE	AVEC I	RESTR	ICTIO avoir	NS O	<b>U D'II</b>	IAPTI		mot	ifs		
	à réexami  APTE aver  disposit  autres  INAPTE  Après contrôle me  ne prononce  Je soussigné	édical, le méde e pas d'avis et DÉCI	ecin agré t renvoie  LARATION  Mme	é, consulta l'usager de N EN CAS D'	nt hors o	commis	SSION ME	dicale	primaire	ITUDE	AVEC I	RESTR	ICTIO avoir	NS O	<b>U D'II</b>	IAPTI		mot	ifs		
representant legal of fillifeting	à réexami  APTE aver  disposit  autres  INAPTE  Après contrôle me  ne prononce  Je soussigné d'ordre médie	édical, le méde e pas d'avis et DÉCI	ecin agré t renvoie  LARATION  Mme	é, consulta l'usager de N EN CAS D'	nt hors o	commis	SSION ME	dicale	primaire RE, D'AP1	TITUDE	AVEC I dé d'inapt	RESTR clare :	ICTIO avoir à la c	NS O	<b>U D'II</b> connai	<b>IAPT</b> I		ı mot	ifs		
	à réexami  APTE aver disposit autres INAPTE  Après contrôle me ne prononce  Je soussigné d'ordre médie  Fait le :	édical, le méde e pas d'avis et DÉCI (é(e), M. cal qui ont ent	ecin agré t renvoie  LARATIOI  Mme _ traîné l'av	né, consulta l'usager de N EN CAS D'A	nt hors o	commis	SSION ME	dicale	primaire RE, D'AP1	TITUDE	AVEC I dé d'inapt	RESTR clare :	ICTIO avoir à la c	NS O	<b>U D'II</b> connai	<b>IAPT</b> I		ı mot	ifs		