

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

Nom de naissance

D O N Z É

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

Prénom(s)

P i e r r e - Y v e s

(Dans l'ordre de l'état civil)

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

F r a n c e

(ex : nom d'époux(se))

Date de naissance

Jour 2 3 Mois 0 2 Année 1 9 8 3 Sexe : Femme ☐ Homme ☒ Téléphone portable (Recommandé) 0 6 2 3 9 2 4 9 4 9

Commune de naissance

J o h a n n e s b u r g

Département ou Collectivité d'outre-mer 9 9

Pays

A f r i q u e d u S u d

(Si vous êtes né(e) à l'étranger)

Adresse

2 8 r u e

N° de la voie

Extension : bis, ter, etc.

Type de voie : avenue, boulevard, etc.

G é n é r a l F a b v i e r

Nom de la voie

Complément d'adresse

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

Code postal

5 4 0 0 0 Commune N a n c y

Courriel (Recommandé)

p y d 3 . 1 4 @ 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