

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

Nom de naissance

P H I L I P P O T

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

Prénom(s)

P e t e r

(Dans l'ordre de l'état civil)

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

(ex : nom d'époux(se))

Date de naissance

Jour 1 9 Mois 0 6 Année 1 9 8 2 Sexe : Femme ☐ Homme ☒ Téléphone portable (Recommandé) 0 6 1 1 8 6 4 0 6 5

Commune de naissance

L a v a l Département ou Collectivité d'outre-mer 5 3

Pays

F r a n c e

(Si vous êtes né(e) à l'étranger)

Adresse

2 9 Rue

N° de la voie

Extension : bis, ter, etc.

Type de voie : avenue, boulevard, etc.

D ' A l s a c e

Nom de la voie

Complément d'adresse

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

Code postal

5 3 9 4 0 Commune S t B e r t h e v i n

Courriel (Recommandé)

p e t e r p h i l i p p o t @ l a c c o r d p a r f a i t 5 3 . f r

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) _____, 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