cerfa N° di	ı permis de conduire	CERTIFIC	AT MÉD	ICAL			RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION				
N° 11245*03		*	221-10 à R. 221- 9 du code de la ro								
PERMIS DE CONDUIRE DU		GROUPE 1 🗆 LI	ÉGER (A, A1, B,	B1, EB)	mata / Dossier						
	NOM (nom de naissa	nce)									
M. Mme Mlle	(1) PDÉNOMS (au comp	l l l l l l l l l l l l l l l l l l l	civil)								
M. Mme Mlle	(1) PRENOMS (au comp			<u> </u>							
		NOM D'ÉPOUX (s'il y a lieu)									
					JOUR MOIS	ANNÉE					
	COMMUNE (pour les	grandes villes, indique		TE DE NAISSANCE arrondissement)			Département				
LIEU DE NAISSANC		PAYS POUR L'ÉTRANGER - DÉPARTEMENT OU TERRITOIRE POUR L'OUTRE-MER									
	L	I I I I	L L L L		<u> </u>						
LIEU DE RÉSIDENO	ADRESSE COMPLÈT										
DE RESIDENC	CODE POSTAL	COMMUNE									
Catégorie de per	mis A	A1 B	B1	Ев	С	Ec	D ED				
demandée (1)											
Catégorie(s) de pe détenue(s)		onduire un véhicule a	Heriage ? (1)	OUI NON							
		À compléter ol RÉS U		VISITE MÉDICA	.LE						
Les docteurs en m	édecine :			Le docteur en mé agréé par le Pré		nt :					
	ommission médicale _	lu candidat affirma	ont que colui d				vue physiologique et au atibles avec la délivrance				
du permis de conduire, après examen du candidat, affirment que celui-ci est, au point de vue physiologique et au regard de la liste des incapacités physiques incompatibles avec la délivrance du permis de conduire :				du permis de conduire :							
* *	INITIF APTE			EST APTE DÉFINITIF (1) DOIT ÊTRE EXAMINÉ (ou pour la durée fixée par la Commission médicale préfectorale pour la catégorie :							
	d'un dispositif de corr	rection de la vision		(1) sous réserve : d'un dispositif de correction de la vision							
	du port d'un appareil de conduire un véhicule			du port d'un appareil de prothèse de conduire un véhicule aménagé							
	es des médecins ▶	le		Fait à, le, Nom et signature du médecin ▶							
Noms et signature	es des medecins			Nom et signature	du medecin						
En cas d'avis d'a	entitudo (dófinitivo ou	tomporairo) lo pr	ásant documan	t autorico l'intéroc	có(a) à canduire l	os váhiculos dos	s catégories qu'il(elle)				
détient, pendan	t un délai de 2 mois à	dater du jour de	l'examen médie	cal, sauf s'il(elle) es	st sous le coup d	'une suspensior	ou d'une annulation du code de la route.				
DÉCLARATION											
	The second secon						oir pris connaissance				
	des motifs d'ord	are medical qui o	nt entraine i'a\	vis d'inaptitude à l	a conduite auto	omobile.					
	Signature ►										
		case(s) appropriée(s) : gorie A, ajouter un R		iès C	Cachet prof	fessionnel du méde	cin				
Photographie du	progressif (P - pour les cat	≤ 25 kW et r ≤ 0,16 égories C et Ec, rajou	kW/kg); ter un R (poids to								
candidat de face ou de 3/4, à colle et à oblitérer ave	r - pour la caté	e candidat a entre 18 e gorie D, ajouter un l tée sur le permis.		km							
le cachet de la Commission médic	ale	tee sur le perillis.									
du Permis de condu	iire			-							

EN CAS DE REFUS DE SIGNATURE DU CANDIDAT

Le(s) Docteur(s)	
membre(s) de la Commission médicale certifie(nt) que M. Mme Mlle après avoir pris connaissance des motifs de son inaptitude, n'a pas voulu signer la décla	aration prévue
Signature des médecins ►	

cerfa N° du pe	rmis de conduire	CERTIFICAT MÉDICAL							RÉSERVÉ À	L'ADMINISTRATION
N° 11245*03		V	221-10 à R. 221 9 du code de la r							
PERMIS DE CONDUII	RE DU	GROUPE 1 🗆 L	, В1, Ев)	31, EB)						
	NOM (nom de naissar	nce)								
M. Mme Mile (1)	PRÉNOMS (au compl	et dans l'ordre de l'éta	at-civil)		1 1			<u> </u>		
	NOM D'ÉPOUX (s'il y	a lieu)					1			
						JOUR	MOIS	ANNÉE		
LIEU	COMMUNE (pour les	DATE DE NAISSANCE DE NAISSANCE Départer OMMUNE (pour les grandes villes, indiquer s'il y a lieu le n° d'arrondissement) Départer								Département
DE NAISSANCE	PAYS POUR L'ÉTRAN	GER - DÉPARTEMEN	T OU TERRITOIRE I	POUR L'OUTR	E-MER					
LIEU	ADRESSE COMPLÈTE	<u> </u>		1 1 1	1 1		1	<u> </u>		
DE RÉSIDENCE	CODE POSTAL	COMMUNE			1 1					1
					1 1			<u> </u>	<u> </u>	
Catégorie de permis demandée (1)	A [A1 B	B1	E		С		Ec	D	ED .
	Le candidat doit-il co	onduire un véhicule a	aménagé ? (1)	OUI	NON			e du candid		
Catégorie(s) de permis détenue(s)						ŗ		présentant mineurs incipés	iegai	
			obligatoirement SULTAT DE LA	VISITE I	MÉDICA	LE				
Les docteurs en médec	cine :				eur en mé					
membres de la Comn	nission médicale _			après ex	kamen du	candidat	, estime		t de vue physi	ologique et au
du permis de conduire est, au point de vue p physiques incompatible	hysiologique et au	regard de la liste	du permis de conduire :							
	(1) APTE DÉFINITIF APTE TEMPORAIRE INAPTE D				EST APTE DÉFINITIF (1) DOIT ÊTRE EXAMINÉ Dar la Commission médicale préfectorale pour la catégorie :					
(1) sous réserve : d'u		ection de la vision	(1) sous réserve : d'un dispositif de correction de la vision							
de Fait à	conduire un véhicule			Fait à					nagé	
Noms et signatures de		e			signature			, 16		
	1 (160 11								1	
En cas d'avis d'aptit détient, pendant un du permis de cond	délai de 2 mois à	dater du jour de	e l'examen méd	lical, sauf s	'il(elle) es	st sous le	coup c	d'une suspe	nsion ou d'un	e annulation
DÉCLARATION										
	Je soussigné(e) des motifs d'ord								re avoir pris	connaissance
	Signature ►									
	(1) Cocher la (les)	case(s) appropriée(s)) :			Co	achet pro	fessionnel du	médecin	
Photographie du candidat de face ou de 3/4, à coller et à oblitérer avec le cachet de la	- pour la caté progressif (P - pour les caté ≤ 7,5 T) si le - pour la caté	gorie A, ajouter un ≤ 25 kW et r ≤ 0,16 gories C et Ec, rajo candidat a entre 18 gorie D, ajouter un ée sur le permis.	R s'il s'agit de l'a 6 kW/kg); outer un R (poids t et 21 ans;	otal						ı

Photographie du candidat de face ou de 3/4, à coller et à oblitérer avec le cachet de la Commission médicale du Permis de conduire