

**1** À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR À L'ENCRE NOIRE, EN LETTRES MAJUSCULES SANS ACCENT ET SANS RATURE

**1-1** Nom de naissance (C'est le nom qui figure sur votre acte de naissance)

Prénom(s) (Dans l'ordre de l'état civil)

Nom d'usage (s'il y a lieu) (ex : nom d'époux(se))

Date de naissance Jour Mois Année Sexe : Femme  Homme  Téléphone portable (Recommandé)

Commune de naissance Département ou Collectivité d'outre-mer

Pays (Si vous êtes né(e) à l'étranger)

Adresse N° de la voie Extension : bis, ter, etc. Type de voie : avenue, boulevard, etc.

Nom de la voie

Complément d'adresse (Étage, escalier, appartement - Immeuble, bâtiment, résidence - Lieu-dit - Boîte postale)

Code postal Commune

Courriel (Recommandé)

**1-2** Catégorie(s) de permis demandée(s) (1) : AM A1 A2 A B1 B BE C1 C1E C CE D1 D1E D DE

Catégorie(s) déjà obtenue(s) (1) et (2) : AM A1 A2 A B1 B BE C1 C1E C CE D1 D1E D DE

Activité(s) professionnelle(s) exercée(s)

- Taxi  Ambulance  Voiture de remise  Ramassage scolaire  Transport public de personnes
- Transport public à moto  Véhicule de tourisme avec chauffeur  Enseignant de la conduite

**1-3** Je soussigné(e), le (la) déclarant(e), atteste sur l'honneur que les renseignements de la présente demande sont exacts.

Fait le : / /

Je m'oppose à la réutilisation de mes données personnelles à des fins autres que celles pour lesquelles elles sont collectées.

SIGNATURE DU DEMANDEUR

La signature doit être apposée ci-dessus à l'encre noire et de manière appuyée sans déborder du cadre interne

CADRE RÉSERVÉ AU(X) MÉDECIN(S)

N° d'agrément(s)

Usager bénéficiaire de la gratuité de l'examen médical (joindre justificatif) (3)

REFUS DE SIGNATURE DE L'USAGER

Le ou les médecin(s)

certifié(nt) que  M.  Mme après avoir pris connaissance des motifs d'ordre médical de son aptitude temporaire, de son aptitude avec restrictions ou de son inaptitude, n'a pas voulu signer la déclaration prévue.

Signature ►

PHOTOGRAPHIE

La photo doit être collée ci-dessus à l'adhésif double face sans déborder du cadre interne et sans agrafe

La photo doit être collée ci-dessus à l'adhésif double face sans déborder du cadre interne et sans agrafe

(1) Cocher la (les) case(s) appropriée(s). (2) Pièces justificatives à joindre à la demande (3) Seuls les titulaires du permis de conduire pouvant présenter devant le ou les médecins agréés la décision de reconnaissance d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 50 % délivrée par la CDAPH, quelle que soit la nature de l'incapacité, peuvent bénéficier de la gratuité de l'examen médical.

**1**
**À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR À L'ENCRE NOIRE, EN LETTRES MAJUSCULES SANS ACCENT ET SANS RATURE**
**1-1**

Nom de naissance

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

Prénom(s)

(Dans l'ordre de l'état civil)

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

(ex : nom d'époux(se))

Date de naissance

Jour

Mois

Année

 Sexe : Femme 

 Homme 

Téléphone portable (Recommandé)

Commune de naissance

Département ou Collectivité d'outre-mer

Pays

(Si vous êtes né(e) à l'étranger)

Adresse

N° de la voie

Extension : bis, ter, etc.

Type de voie : avenue, boulevard, etc.

Nom de la voie

Complément d'adresse

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

Code postal

Commune

Courriel (Recommandé)

**1-2**

 Catégorie(s) de permis demandée(s) (1) :
 

<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> BE	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C1E	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> D1	<input type="checkbox"/> D1E	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> DE
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------	-----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------	----------------------------	-----------------------------

 Catégorie(s) déjà obtenue(s) (1) et (2) :
 

<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> BE	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C1E	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> D1	<input type="checkbox"/> D1E	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> DE
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------	-----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------	----------------------------	-----------------------------

**Activité(s) professionnelle(s) exercée(s)**

- |  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Taxi                    | <input type="checkbox"/> Ambulance                           | <input type="checkbox"/> Voiture de remise         | <input type="checkbox"/> Ramassage scolaire | <input type="checkbox"/> Transport public de personnes |
| <input type="checkbox"/> Transport public à moto | <input type="checkbox"/> Véhicule de tourisme avec chauffeur | <input type="checkbox"/> Enseignant de la conduite |   |  |

**1-3**

Je soussigné(e), le (la) déclarant(e), atteste sur l'honneur que les renseignements de la présente demande sont exacts.

Fait le :

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

 Je m'oppose à la réutilisation de mes données personnelles à des fins autres que celles pour lesquelles elles sont collectées.

**SIGNATURE DU DEMANDEUR**

La signature doit être apposée ci-dessus à l'encre noire et de manière appuyée sans déborder du cadre interne

**PHOTOGRAPHIE****CADRE RÉSERVÉ AU(X) MÉDECIN(S)**

N° d'agrément(s)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

 Usager bénéficiaire de la gratuité de l'examen médical (joindre justificatif) (3)

 REFUS DE SIGNATURE DE L'USAGER

Le ou les médecin(s)

 certifie(nt) que  M.  Mme

après avoir pris connaissance des motifs d'ordre médical de son aptitude temporaire, de son aptitude avec restrictions ou de son inaptitude, n'a pas voulu signer la déclaration prévue.

Signature ►

**1** À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR À L'ENCRE NOIRE, EN LETTRES MAJUSCULES SANS ACCENT ET SANS RATURE

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

Prénom(s)   
(Dans l'ordre de l'état civil)

Nom d'usage (s'il y a lieu)   
(ex : nom d'époux(se))

Date de naissance Jour  Mois  Année  Sexe : Femme  Homme  Téléphone portable (Recommandé)

Commune de naissance  Département ou Collectivité d'outre-mer

Pays   
(Si vous êtes né(e) à l'étranger)

Adresse N° de la voie  Extension : bis, ter, etc.  Type de voie : avenue, boulevard, etc.   
Nom de la voie

Complément d'adresse   
(Étage, escalier, appartement - Immeuble, bâtiment, résidence - Lieu-dit - Boîte postale)

Code postal  Commune

Courriel (Recommandé)

**1-2** Catégorie(s) de permis demandée(s) (1) :  AM  A1  A2  A  B1  B  BE  C1  C1E  C  CE  D1  D1E  D  DE

Catégorie(s) déjà obtenue(s) (1) et (2) :  AM  A1  A2  A  B1  B  BE  C1  C1E  C  CE  D1  D1E  D  DE

**Activité(s) professionnelle(s) exercée(s)**

Taxi  Ambulance  Voiture de remise  Ramassage scolaire  Transport public de personnes  
 Transport public à moto  Véhicule de tourisme avec chauffeur  Enseignant de la conduite

**1-3** Je soussigné(e), le (la) déclarant(e), atteste sur l'honneur que les renseignements de la présente demande sont exacts.

Fait le :  /  /

Je m'oppose à la réutilisation de mes données personnelles à des fins autres que celles pour lesquelles elles sont collectées.

**SIGNATURE DU DEMANDEUR**

La signature doit être apposée ci-dessus à l'encre noire et de manière appuyée sans déborder du cadre interne

**PHOTOGRAPHIE**

**CADRE RÉSERVÉ AU(X) MÉDECIN(S)**

N° d'agrément(s)

Usager bénéficiaire de la gratuité de l'examen médical (joindre justificatif) (3)

REFUS DE SIGNATURE DE L'USAGER

Le ou les médecin(s)

certifié(nt) que  M.  Mme   
après avoir pris connaissance des motifs d'ordre médical de son aptitude temporaire, de son aptitude avec restrictions ou de son inaptitude, n'a pas voulu signer la déclaration prévue.

Signature ►

N° 14880\*01

2

Usager examiné : NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_

- En cabinet médical     
  En commission médicale primaire     
  En commission médicale d'appel  
 Autre structure médicale (préciser) : \_\_\_\_\_

3

Examens complémentaires demandés le \_\_\_\_\_ Tests psychotechniques réalisés le \_\_\_\_\_

4

4-1 Après contrôle médical, le médecin \_\_\_\_\_, consultant hors commission médicale :

NE PRONONCE PAS D'AVIS ET RENVOIE L'USAGER DEVANT LA COMMISSION MÉDICALE PRIMAIRE.

4-2

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 :

### GRUPE LÉGER OU ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RELEVANT DU GROUPE LÉGER

A1  A2  A  B1  B  BE

- Taxi       Ambulance       Voiture de remise  
 Ramassage scolaire       Transport public de personnes  
 Transport public à moto       Véhicule de tourisme avec chauffeur

- APTE** pour la durée de validité fixée par la réglementation  
 **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 de la vision  
 port d'un appareil de prothèse  
 conduite d'un véhicule aménagé  
 dispense du port de la ceinture de sécurité

**INAPTE**

Observations :

### GRUPE LOURD OU ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RELEVANT DU GROUPE LOURD

C1  C1E  C  CE  D1  D1E  D  DE

Enseignement de la conduite

- APTE** pour la durée de validité fixée par la réglementation  
 **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 de la vision  
 port d'un appareil de prothèse  
 conduite d'un véhicule aménagé  
 dispense du port de la ceinture de sécurité

**INAPTE**

Observations :

### DÉCLARATION EN CAS D'AVIS D'APTITUDE TEMPORAIRE, D'APTITUDE AVEC RECTRCTIONS 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.

6

Fait le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature et cachet du ou des médecins

Signature de l'usager (à l'issue du contrôle médical) (4)

2

Usager examiné : NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_

- En cabinet médical       En commission médicale primaire       En commission médicale d'appel
- Autre structure médicale (préciser) : \_\_\_\_\_

3

Examens complémentaires demandés le \_\_\_\_\_ Tests psychotechniques réalisés le \_\_\_\_\_

4

4-1 Après contrôle médical, le médecin \_\_\_\_\_, consultant hors commission médicale :

 NE PRONONCE PAS D'AVIS ET RENVOIE L'USAGER DEVANT LA COMMISSION MÉDICALE PRIMAIRE.

4-2

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 :

## GROUPE LÉGER OU ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RELEVANT DU GROUPE LÉGER

A1

A2

A

B1

B

BE

- Taxi       Ambulance       Voiture de remise
- Ramassage scolaire       Transport public de personnes
- Transport public à moto       Véhicule de tourisme avec chauffeur

- APTE** pour la durée de validité fixée par la réglementation
- 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 de la vision
  - port d'un appareil de prothèse
  - conduite d'un véhicule aménagé
  - dispense du port de la ceinture de sécurité
- INAPTE**
- Observations :

## GROUPE LOURD OU ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RELEVANT DU GROUPE LOURD

C1

C1E

C

CE

D1

D1E

D

DE

 Enseignement de la conduite

- APTE** pour la durée de validité fixée par la réglementation
- 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 de la vision
  - port d'un appareil de prothèse
  - conduite d'un véhicule aménagé
  - dispense du port de la ceinture de sécurité
- INAPTE**
- Observations :

5

## DÉCLARATION EN CAS D'AVIS D'APTITUDE TEMPORAIRE, D'APTITUDE AVEC RECTRCTIONS 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.

6

Fait le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature et cachet du ou des médecins

Signature de l'usager (à l'issue du contrôle médical) (4)

N° 14880\*01

**2**

Usager examiné : NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_

- En cabinet médical     
  En commission médicale primaire     
  En commission médicale d'appel  
 Autre structure médicale (préciser) : \_\_\_\_\_

**3**

Examens complémentaires demandés le \_\_\_\_\_ Tests psychotechniques réalisés le \_\_\_\_\_

**4**

**4-1** Après contrôle médical, le médecin \_\_\_\_\_, consultant hors commission médicale :

NE PRONONCE PAS D'AVIS ET RENVOIE L'USAGER DEVANT LA COMMISSION MÉDICALE PRIMAIRE.

**4-2**

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 :

### GRUPE LÉGER OU ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RELEVANT DU GROUPE LÉGER

- |                             |                             |                            |                             |                            |                             |  |  |  |
|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> A1 | <input type="checkbox"/> A2 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B1 | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> BE | <input type="checkbox"/> Taxi                    | <input type="checkbox"/> Ambulance                           | <input type="checkbox"/> Voiture de remise |
|                             |                             |                            |                             |                            |                             | <input type="checkbox"/> Ramassage scolaire      | <input type="checkbox"/> Transport public de personnes       |  |
|                             |                             |                            |                             |                            |                             | <input type="checkbox"/> Transport public à moto | <input type="checkbox"/> Véhicule de tourisme avec chauffeur |  |

- APTE** pour la durée de validité fixée par la réglementation  
 **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 de la vision
  - port d'un appareil de prothèse
  - conduite d'un véhicule aménagé
  - dispense du port de la ceinture de sécurité **INAPTE**

Observations :

### GRUPE LOURD OU ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RELEVANT DU GROUPE LOURD

- |                             |                              |                            |                             |                             |                              |                            |                             |  |
|-----------------------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> C1 | <input type="checkbox"/> C1E | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> CE | <input type="checkbox"/> D1 | <input type="checkbox"/> D1E | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> DE | <input type="checkbox"/> Enseignement de la conduite |
|-----------------------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|--|

- APTE** pour la durée de validité fixée par la réglementation  
 **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 de la vision
  - port d'un appareil de prothèse
  - conduite d'un véhicule aménagé
  - dispense du port de la ceinture de sécurité **INAPTE**

Observations :

**5**

### DÉCLARATION EN CAS D'AVIS D'APTITUDE TEMPORAIRE, D'APTITUDE AVEC RECTRCTIONS 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.

**6**

Fait le :  /  /

Signature et cachet du ou des médecins

Signature de l'usager (à l'issue du contrôle médical) (4)