

1

## ETAT CIVIL ET COORDONNEES DU DEMANDEUR À REMPLIR À L'ENCRE NOIRE, EN LETTRES MAJUSCULES SANS ACCENT NI 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, Commune déléguée)

Code postal  Commune

Courriel (Recommandé)

2

Motif de la demande d'avis médical :  Renouvellement périodique  Nouvelle catégorie  Suspension  Après invalidation ou annulation  AutreCatégorie(s) de permis déjà détenue(s) :  AM  A1  A2  A  B1  B  BE  C1  C1E  C  CE  D1  D1E  D  DECatégorie(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'utilisateur 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'utilisateur (à l'issue du contrôle médical)  
[Représentant légal si mineur]

Signature et cachet du ou des médecins





# Questionnaire à remplir par l'utilisateur avant le contrôle médical destiné exclusivement au médecin agréé ou à la commission médicale

**SÉCURITÉ ROUTIÈRE  
TOUS RESPONSABLES**

A ..... Le ..... / ..... / ..... O matin O après midi

<b>1. Mon état civil</b>									
Nom : .....					Profession : .....				
Prénom : .....					Commune de naissance : .....				
Date de naissance : ..... / ..... / .....					ou pays pour les personnes étrangères.				
<b>2. Mon permis de conduire</b>									
Date de délivrance : ..... / ..... / .....									
Catégorie(s) demandée(s) :									
		AM <input type="checkbox"/>	A1 <input type="checkbox"/>	A2 <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B1 <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 <input type="checkbox"/>	
Restrictions d'usage ou aménagements : .....									
<b>3. Motif de ma visite</b>									
Renouvellement périodique								<input type="checkbox"/>	
Visite de contrôle								<input type="checkbox"/>	
Demande de permis de conduire après invalidation ou annulation								<input type="checkbox"/>	
Levée de suspension à la suite d'une infraction au code de la route								<input type="checkbox"/>	
Cette infraction s'est-elle accompagnée de la consommation				<input type="checkbox"/> d'alcool ? Alcoolémie :					
				<input type="checkbox"/> stupéfiants ? Lesquels :					
Mon permis a-t-il déjà été :				- suspendu ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
				- invalidé (solde de points nul) ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
				- annulé (par le juge) ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Date de ma précédente visite médicale : ..... / ..... / .....									
<b>4.1. Suivi de l'état de SANTE</b>									
Suis-je titulaire d'une pension d'invalidité ou travailleur handicapé ?								Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Ai-je été en arrêt de travail de plus d'un mois consécutif au cours des cinq dernières années ?								Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, pour quel motif ? .....									
Ai-je consulté mon <b>médecin</b> plus de trois fois au cours des 12 derniers mois ?								Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Ai-je consulté un <b>spécialiste</b> au moins une fois au cours des 12 derniers mois ?								Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Ai-je déjà été hospitalisé ou opéré au cours des 5 dernières années ?								Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, pour quel motif ? .....									
Dois-je prendre des médicaments chaque jour ? Si oui, lesquels .....								Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
<b>4.2. Consommation d'alcool ou de drogues</b>									
A quelle fréquence (par jour ou par semaine) m'arrive-t-il de consommer des boissons qui contiennent de l'alcool ? (vin ou bière ou cidre ou apéritif ou liqueur)								..... par jour ..... par semaine	
Combien de verres « standard » (dose débit de boisson) m'arrive-t-il de boire au cours d'une journée où je consomme de l'alcool ?								..... verres	
Combien de fois dans l'année m'arrive-t-il de consommer plus de 5 doses standard en une seule occasion ?								..... / an	
Est-ce que je consomme, même occasionnellement des substances telles que le cannabis, la cocaïne, l'ecstasy, l'héroïne ou autres .....								Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Ai-je déjà été suivi pour des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues ?								Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
<b>4.3. Mon État général</b>									
Est-ce que je rencontre des difficultés particulières en conduisant (accrochage ou accident au cours des 5 dernières années, problème pour lire les panneaux, difficulté pour apprécier les vitesses ou les distances, je me trompe souvent de route, exécution de certaines manœuvres difficiles...)?								Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Est-ce que je porte des lunettes ou des lentilles de contact ?								Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Ai-je des problèmes de vue suivis de manière régulière (glaucome, cataracte, DMLA, autres : .....) ?								Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Ai-je déjà eu des problèmes cardiaques, artériel, ou de tension ?								Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Ai-je un pacemaker, un défibrillateur implanté, des stents ?								Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Ai-je parfois des vertiges ?								Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Ai-je des trous de mémoires, des difficultés à me concentrer ?								Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Ai-je des difficultés de sommeil (problèmes d'endormissement, réveils fréquents, sommeil agité, ronflements) ?								Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
M'est-il déjà arrivé de m'endormir (même très peu de temps) à table, au cours d'une réunion, au cinéma ou au volant, ou dans d'autres circonstances non appropriées ?								Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Ai-je déjà eu des appareillages respiratoires (oxygène, masque pour la nuit, autres : .....) ?								Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Ai-je déjà eu des pertes de connaissances, syncope ?								Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Ai-je déjà été victime d'un accident vasculaire cérébral ?								Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, y-a-t-il des conséquences aujourd'hui (maux de têtes, vertiges, paralysies, troubles de mémoire ou autres) ?								Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Ai-je déjà été victime d'un traumatisme crânien ?								Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, y-a-t-il des conséquences aujourd'hui (maux de têtes, vertiges, paralysie, troubles de la mémoire ou autres) ?								Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Ai-je déjà pris des traitements pour le moral, des angoisses, une dépression, les nerfs ou le sommeil ?								Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Ai-je déjà fait une crise d'épilepsie ?								Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, date de la dernière crise : ..... / ..... / .....									
Est-ce que je suis soigné pour du diabète ?								Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Est-ce que j'ai déjà fait des malaises par manque de sucre (hypoglycémies) ?								Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Autres problèmes médicaux ? Si oui, merci de préciser : .....								Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

**J'ai rempli sincèrement ce questionnaire et certifie sur l'honneur que les renseignements donnés sont exacts.**

**Fait à ....., le ..... / ..... / .....**

Signature