CHEZ UN MEDECIN AGREE EN CABINET LIBERAL

- Vous souhaitez exercer la profession de conducteur de : taxi, ambulance, ramassage scolaire, transport de tourisme avec chauffeur, enseignant de la conduite automobile (BEPCASER)
- Vous êtes candidat ou vous souhaitez renouveler la validité des permis poids lourd : **E(B), C, E(C), D et E(D)**
- Vous êtes candidat ou vous souhaitez renouveler la validité des permis : **A et B :**
- Pour raison médicale (handicap, maladie) ou Dispense de la ceinture de sécurité ou Suppression des verres correcteurs
- Suite à une suspension, annulation ou invalidation de votre permis de conduire **sans aucune infraction pour conduite sous l'influence de l'alcool ou/et de stupéfiant**

COMMENT PROCEDER ?

REUNISSEZ D'ABORD LES PIECES CI-DESSOUS ET PRENEZ RENDEZ-VOUS AUPRES DU MEDECIN DE VOTRE CHOIX (LISTE AU VERSO)

- CERFA «Permis de Conduire – Avis médical» complété
- CERFA 06 complété et signé sans déborder du cadre interne
- 2 Photocopies de votre pièce d'identité valide
- 2 Photocopies d'un justificatif de domicile de moins de 3 mois
- 4 photos d'identité aux normes NFZ 12010 sans marque d'agrafe ou de trombone, avec le nom et prénom inscrits au dos (pas de photo d'imprimante)
- Photocopie du permis de conduire
- Si annulation, invalidation ou suspension de plus de 1 mois du permis de conduire, résultat des tests psychotechniques (liste des centres jointe)
- 1 enveloppe format 21 x 29,7cm affranchie au tarif des plis de plus de 20 g libellée à l'adresse suivante :
  PREFECTURE DU VAR
  Commissions Médicales des Permis de Conduire
  BP 1209
  83070 TOULON CEDEX

NE PAS PLIER LES DOCUMENTS

EN COMMISSION MEDICALE PRIMAIRE EN PREFECTURE

Suite à une infraction pour conduite sous l'influence de l'alcool ou/et de stupéfiants, votre permis:

- **A été suspendu**
- **A été annulé** par décision judiciaire ou pour solde de points nuls
- **Est limité** dans le temps (Renouvellement)

COMMENT PROCEDER ?

ADRESSEZ VOTRE DEMANDE PAR COURRIER

- **A La Préfecture de Toulon si vous résidez dans les arrondissements de Toulon ou de Brignoles**
  PREFECTURE DU VAR
  Visites Médicales des Permis de Conduire
  BP 1209 - 83070 TOULON CEDEX
- **A La Sous-Préfecture de Draguignan si vous résidez dans l'arrondissement de Draguignan**

AU MOINS 3 MOIS A L'AVANCE

PIECES A ENVOYER POUR ETRE CONVOQUE

- CERFA «Permis de Conduire – Avis médical» complété
- CERFA 06 complété et signé sans déborder du cadre interne
- 2 Photocopies de votre pièce d'identité valide
- 2 Photocopies d'un justificatif de domicile de moins de 3 mois
- 4 photos d'identité aux normes NFZ 12010 sans marque d'agrafe ou de trombone, avec le nom et prénom inscrits au dos (pas de photo d'imprimante)
- Photocopie de votre permis de conduire si vous le détenez ou photocopie de la décision judiciaire ou administrative
- Si annulation, invalidation ou suspension de plus de 1 mois du permis de conduire, résultat des tests psychotechniques (liste des centres jointe)
- 1 enveloppe lettre suivie ou MAX libellée à vos nom et adresse

MEDECINS AGREES POUR LES VISITES MEDICALES DES PERMIS DE CONDUIRE PAR LA PREFECTURE DU VAR

A COMPTER DU 01/09/2012

COMMUNE	NOM	TELEPHONE	ADRESSE
ARCS SUR ARGENS (les)	Dr SINGER	**04 94 85 66 80**	8 place E Soldani
BEAUSSET (le)	Dr M. ALIMI	**04.94.90.21.21**	Le clos Saint Marc
BRIGNOLES	Dr. M. DUMOULIN	**04.94.69.00.62**	Bd St Louis – imm Foch bat C
COGOLIN	Dr D. VILLEMIN	**04.94.54.50.50**	1, place Gambetta –place de la mairie
COTIGNAC	Dr DROULERS	**04.94.04.60.03**	5, rue de la Victoire
DRAGUIGNAN	Dr G. ANGELI	**04.94.50.94.15**	8, Boulevard Joffre
DRAGUIGNAN	Dr J-M. BOISSIER	**04.94.68.80.40**	27, place du théâtre
FAYENCE	Dr C. ESTIENNE	**04.94.76.03.46**	1 route de Mons .
FLAYOSC	Dr Ch. HO WANG YIN	**04.94.70.30.92**	20, boulevard Jean Moulin
FREJUS	Dr. P. VUILLARD	**04.94.53.82.87**	107 rue Jean Jaurès
GRIMAUD	Dr Ch. MOUTTE	**04.94.56.25.33**	6, place des 6 canons – Port Grimaud
HYERES	Dr. Y. KBAIER	**04.94.57.56.98**	8, rue St Jacques
HYERES	Dr. G. LUSSIANA	**04.94.35.70.47**	4, avenue Jean-Jacques Perron
LA CRAU	Dr GILBERT	**04.94.66.01.33**	40, rue de la Libération
LE PRADET	Dr DECUGIS	**04.94.75.80.68**	360, avenue 1ère D.F.L
LONDE Les MAURES (la)	Dr G. ROZENBAUM	**04.94.66.93.99**	223, avenue Albert Roux – le cytére
PIERREFEU DU VAR	D. GOSSART	**04.94.13.84.20**	22 bd Henri Guerin.
PUGET SUR ARGENS	Dr. C. RICHARD	**04.94.45.55.95**	153 rue Victor HUGO
ROQUEBRUNE/ARGENS	Dr COUZI	**04.94.45.70.64**	34, avenue général de Gaulle
ROUGIERS	Dr. D. VILLA	**04.94.69.20.28**	3, rue des écoles
SEYNE SUR MER (la)	Dr. H. OTT	**04.94.94.51.20**	39 avenue Hugues Clery
SEYNE SUR MER (la)	Dr R MAGE	**04.94. 64.29.77**	Résidence Le Floréal F5
SIX FOURS Les PLAGES	Dr P. JOUAN	**04.94.34.66.26**	363, avenue des écoles
MAXIMIN la Ste BAUME	Dr R. CAILLE LEHEZEE	**04.94.59.75.21**	37, boulevard Bonfils
TOULON	Dr R. BOVET	**04.94.24.57.33**	690, avenue de Rigoumel
TOULON	Dr J-C. JOUVAL	**04.94.24.09.01**	142, av Maréchal Lyautey
TOULON	Dr J-P. VIALLET	**04.94.36.26.02**	1 rue Brusquet
VALETTE du VAR (la)	Dr J-L ORFILA	**04.94.20.68.20**	143, av Dr Trémolière–Le L.Germain B1

N.B. *: Si le médecin ne peut conclure à votre aptitude d'emblée, il peut solliciter l'avis d'un médecin spécialiste, ou demander à ce que vous soyez examiné par la commission médicale préfectorale qui statuera, au regard de la sécurité routière, sur votre aptitude médicale à la conduite.*

Le montant de cet examen médical est de **33 € maximum**. S'agissant d'un examen de prévention pour l'obtention ou le renouvellement du permis de conduire, il n'est pas pris en charge par un organisme de santé et le médecin ne peut, **en aucun cas**, vous délivrer de feuille de maladie .

cerfa

N° 14948*01

Réf 06

DEMANDE DE PERMIS DE CONDUIRE - FORMAT DE L'UNION EUROPÉENNE

Formulaire de recueil complémentaire des données nécessaires à l'édition du titre de conduite au format de l'Union européenne, en application de l'arrêté du 20 avril 2012 modifié fixant les conditions d'établissement, de délivrance et de validité du permis de conduire.

Numéro NEPH (réservé à l'administration)

MOTIF DE LA DEMANDE : ☐ absence des données nécessaires à l'édition du titre ☐ données inexploitables

☐ demande de permis de conduire par inscription à l'examen ou attestation d'une formation

☐ demande de permis de conduire par échange

☐ demande de permis de conduire par conversion d'un brevet militaire, par validation d'un diplôme professionnel ou levée d'une restriction

☐ demande de permis de conduire - avis médical

☐ demande de permis de conduire international

☐ demande de renouvellement de permis de conduire ou de catégorie AM après annulation, suspension ou invalidation

Merci de remplir ce formulaire à l'encre noire, en lettres majuscules sans les accents et sans rature

Nom de naissance
(Nom figurant 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 ☐

Commune de naissance Département ou Collectivité d'outre-mer

Pays pour l'étranger
(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

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

Fait à , **le**

Signature du demandeur

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

☐ **Représentant légal (si mineur non émancipé) :** Je soussigné(e), nom prénom né(e) le

demeurant à

code postal commune

agissant au nom du demandeur, déclare sur l'honneur que les renseignements de la présente demande sont exacts

Fait à

le

Signature du représentant légal

PHOTOGRAPHIE

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

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

La loi n°.78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, fichiers et aux libertés, garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des préfectures ou auprès du Service du Fichier national des permis de conduire par voie postale *(cf. art. L. 225-3 du code de la route).*

Tout permis de conduire obtenu frauduleusement sera immédiatement retiré sans préjudice des poursuites pénales encourues aux termes des articles 441-6 et 441-10 du code pénal.

cerfa
N° 14880*01

PERMIS DE CONDUIRE - AVIS MÉDICAL

(Art. R. 212-2, R. 221-12 à R. 221-14, R. 221-19 et R. 226-1 à R. 226-4 du Code de la route)
(Arrêté du 31 juillet 2012 relatif à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite)

VOLET 1
Exemplaire n° 1
destiné
à la préfecture

Numéro NEPH (Réservé à l'administration)

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

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

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

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

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)

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) 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.

cerfa
N° 14880*01

AVIS DU OU DES MÉDECINS

VOLET 2
Exemplaire n° 1
destiné
à la préfecture

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 RECTRICTIONS 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)

(4) Représentant légal si mineur

cerfa
N° 14880*01

PERMIS DE CONDUIRE - AVIS MÉDICAL

(Art. R. 212-2, R. 221-12 à R. 221-14, R. 221-19 et R. 226-1 à R. 226-4 du Code de la route)
(Arrêté du 31 juillet 2012 relatif à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite)

VOLET 1
Exemplaire n° 2
destiné
au médecin

Numéro NEPH (Réservé à l'administration)

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

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

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

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

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) _____

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) 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.

cerfa
N° 14880*01

AVIS DU OU DES MÉDECINS

VOLET 2
Exemplaire n° 2
destiné
au médecin

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 RECTRICTIONS 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)

(4) Représentant légal si mineur

cerfa
N° 14880*01

PERMIS DE CONDUIRE - AVIS MÉDICAL

(Art. R. 212-2, R. 221-12 à R. 221-14, R. 221-19 et R. 226-1 à R. 226-4 du Code de la route)
(Arrêté du 31 juillet 2012 relatif à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite)

VOLET 1
Exemplaire n° 3
destiné
au demandeur

Numéro NEPH (Réservé à l'administration)

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

PHOTOGRAPHIE

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

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) .....

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) 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.

cerfa
N° 14880*01

AVIS DU OU DES MÉDECINS

VOLET 2
Exemplaire n° 3
destiné
au demandeur

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 RECTRICTIONS 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)

(4) Représentant légal si mineur