



# PERMIS DE CONDUIRE - AVIS MÉDICAL

(Art. R. 212-2, R. 221-10 à R. 221-14-1, R. 221-19 et R. 226-1 à R. 226-4 du Code de la route)  
(Arrêté du 31 juillet 2012 modifié relatif à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite)

N°14880\*02

1

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

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

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

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

Date de naissance : Jour **30** Mois **05** Année **1990** Sexe : Femme  Homme  Téléphone portable (recommandé) **0609950538**

Commune de naissance **DIJON** Département ou Collectivité d'outre-mer **21**

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

Adresse : N° de la voie **3** Extension : bis, ter, etc. \_\_\_\_\_ Type de voie : avenue, boulevard, etc. \_\_\_\_\_  
**GRANDE RUE**  
Nom de la voie

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

Code postal **21630** Commune **POMHARD**

Courriel (Recommandé) **parent.mathias@yaho.fr**

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Catégorie(s) de permis sur lesquelles porte l'avis médical : 

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

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 **18.03.2019** Examen psychotechnique réalisé le \_\_\_\_\_

4 Le(s) médecin(s) **Dr GARNIER** et **Dr BERTHAUT** agréé(s) par le(s) préfet(s) de (s) département(s) n° **21**, 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 \_\_\_\_\_ à réexaminer par la commission médicale :  oui  non Observations : \_\_\_\_\_

**APTE** avec les restrictions ou dispenses suivantes :  dispositif de correction et/ou protection de la vision  autres

**INAPTE**  Groupe léger  Groupe lourd

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 : **20/03/2019**

Signature de l'utilisateur (à l'issue du contrôle médical) (Représentant légal si mineur)

Signature et cachet du ou des médecins