

Arrondissement de Châlons-en-Champagne

Docteur Richard Bianchi
 6, rue Carnot
 51000 – Châlons-en-Champagne
 ☎ 03 26 68 31 63

Docteur Jean Pierre Godet
 60 avenue des Alliés
 51000 – Châlons-en-Champagne
 ☎ 03 26 65 18 19

Docteur Hervé Journet
 4 allée charles baudelaire
 51470- Saint-Memmie
 ☎ 03 26 65 18 13

Docteur Jérôme Massiou
 18 bis rue Pierre Bayen
 51000 - Châlons-en-Champagne
 ☎ 03 26 21 25 28

Docteur Brigitte Protin-Brochet
 71 bis, Faubourg St Antoine
 51000 – Châlons-en-Champagne
 ☎ 03 26 65 27 00

Docteur Christian Rigault
 4 allée Charles Baudelaire
 51470 – Saint-Memmie
 ☎ 03 26 65 18 13

Docteur Dominique Victoire
 13 bis, boulevard Hippolyte Faure
 51000 - Châlons-en-Champagne
 ☎ 03 26 64 16 50

Docteur Françoise Vissuzaine
 1, rue de la gare
 51800 – La Neuville au Pont
 (direction SAINTE MENEHOULD)
 ☎ 03 26 60 42 06

Arrondissement de Reims

Docteur Matteo Accarrino
 98, route de Witry
 51100 - Reims
 ☎ 03 26 02 20 67

Docteur Philippe Bouvy
 2 rue Pasteur
 51370 – Saint Brice Courcelles
 ☎ 03 26 09 53 67

Docteur Virginie Dessaint
 6 rue des Marsilliers
 51430 - Bezannes
 ☎ 03 26 86 41 33

Docteur Jean Pol Fritsch
 2, cour Rilly-la-Montagne
 51100 – Reims
 ☎ 03 26 04 08 34

Docteur Didier Gacoin
 72, rue de Talleyrand
 51100 - Reims
 ☎ 03 26 47 34 58

Docteur Jean-Paul Hincelin
 20, rue colbert
 51100 - Reims
 ☎ 03 26 88 40 72

Docteur Yves-Jean Huet
 118, rue Gambetta
 51100 – Reims
 ☎ 03 26 85 00 21

Docteur Gilles Majoie
 35, place Luton
 51100 - Reims
 ☎ 03 26 47 32 93

Docteur Patrice Mayette
 46, avenue d'Epemay
 51100 - Reims
 ☎ 03 26 84 08 08

Docteur François-Louis Mencièrre
 38 rue du Petit Guyencourt
 51220 – Cormicy
 ☎ 03 26 61 30 25

Docteur Guy Morant
 72, rue de Talleyrand
 51100 - Reims
 ☎ 03 26 47 23 41

Docteur Damien Moreau
 14, rue du 8 mai 1945
 51110 – Warmeriville
 ☎ 03 26 03 86 68

Docteur Antoine Pennaforte
 3, rue Herbillon
 51220 – Cormicy
 ☎ 03 26 61 32 32

Docteur Luc Roëland
 2, place Méliès
 51100 – Reims
 ☎ 03 26 36 51 53

Docteur Jean-Yves Schlienger
 3, rue Herbillon
 51220 – Cormicy
 ☎ 03 26 61 32 32

Docteur Nathaly Tepaz
 Porte A – 8^{ème} étage
 12 bis, rue de Bézannes
 51100 Reims
 ☎ 03 26 46 19 60

Arrondissement d'Epemay

Docteur Jean-Pierre Decoudier
 20, rue Gambetta
 51200 - Epemay
 ☎ 03 26 55 59 33

Docteur Jean-Yves Hennion
 6, rue Prélot
 51530 - Moussy
 ☎ 03 26 54 04 60

Docteur Jean Luc Jacquesson
 39, avenue Thévenet
 51530 – Magenta
 ☎ 03 26 51 01 55

Docteur Guy Robertet
 2 bis rue de la Croix Gaudé
 51210 – Montmirail
 ☎ 03 26 42 20 56

Docteur Muriel Rochard
 40 rue de Broyes
 51120 – Sézanne
 ☎ 03.26.80.70.52

Docteur Dominique Haas
 40 rue G. Flizot
 10170 – Méry sur Seine
 ☎ 03.25.21.23.22

Arrondissement de Vitry-le-François

Docteur Patrice Bertin
 4, rue des Jaquelots
 51340 – Vanault-les-Dames
 ☎ 03 26 73 35 25

Docteur Marc Cornibert
 16 rue des Minimes
 51300 – Vitry le François
 ☎ 03 26 74 61 70

Docteur Philippe Jacquin
 15, rue d'Enfer
 51300 – Vitry-le-François
 ☎ 03 26 72 08 08

Docteur Alain Joyeux
 46, faubourg de Vitry le Brûlé
 51300 – Vitry-le-François
 ☎ 03 26 62 21 95

Docteur Philippe Kieffer
 1, rue Maître Edmé
 51300 – Vitry-le-François
 ☎ 03 26 74 04 27

NOTICE D'INFORMATION
VISITE MEDICALE
MEDECINS AGREES HORS COMMISSION MEDICALE
(à joindre à l'avis médical)

Nom :..... Nom d'épouse :.....Prénom :.....
Date de naissance :..... Numéro de téléphone :.....
Adresse :.....

Vous devez passer une visite médicale devant un médecin agréé par le préfet de la Marne (voir liste jointe), si vous êtes dans la situation suivante (cocher la case correspondante) :

- Si vous êtes candidat au permis de conduire, ou vous sollicitez le renouvellement des catégories E(B), C, E(C), D, E(D) ;
- Si vous souhaitez exercer à titre professionnel l'activité de :
Chauffeur de taxi, conducteur d'ambulance, conducteur de véhicules affecté au ramassage scolaire, ou au transport public de personnes, d'enseignants à la conduite automobile / ou renouveler cette autorisation ;
- Si vous êtes atteint d'une affection médicale ou d'un handicap qui nécessite un avis médical avant l'apprentissage de la conduite, un renouvellement du droit à conduire ou retour à la conduite ou retrait de la mention verres correcteurs ;
- Si votre permis est suspendu ou annulé, sans infraction liée à la consommation d'alcool et/ou de stupéfiants (dans ce cas, le médecin vous prescrira des tests psychotechniques).

Attention ! . Ce médecin ne peut être votre médecin traitant.

. Votre identité sera vérifiée.

. Cet examen n'est pas pris en charge par la sécurité sociale (coût : 33 €).

Vous devez présenter au médecin :

- la présente notice dûment cochée ;
- une **photocopie** de votre **pièce d'identité** en cours de validité (CNI, passeport, carte de séjour) ;
- un **imprimé** « Permis de conduire – Avis médical » (cerfa 14801*01) que vous aurez complété à l'encre noire et en lettres majuscules (rubrique 1), à retirer en préfecture, sous-préfectures, sur internet¹ ou, chez le médecin agréé,
- sur lequel vous apposerez (avec un adhésif double face -non agrafées-): **3 photographies d'identité** (récentes, identiques, contrastée, tête nue et de face, aux normes ISO/IEC 19794-5; la photo doit mesurer 35 mm de large et 45 mm de haut; la taille du visage doit être de 32 à 36 mm, du bas du menton au sommet du crâne (hors chevelure) ;
- votre **permis de conduire** si vous avez coché l'une des trois premières situations ;
- tout élément médical (dossier, analyses, radio...) ;
- un flacon d'urine.

En cas d'aptitude, vous adresserez à la préfecture ou sous-préfecture de Reims- Service des Visites Médicales des Permis de conduire :

- la présente notice ;
- l'original de l'avis médical ;
- **une quatrième photographie d'identité** qui sera apposée sur votre nouveau permis de conduire, identique à celles apposées sur votre certificat médical.

Le titre vous sera remis en personne, au vu de votre pièce d'identité, au guichet de la préfecture dans un délai de 15 jours, à compter de la réception de votre dossier complet.

En cas d'avis d'aptitude temporaire, restreinte ou d'inaptitude, la décision appartient au préfet du département.

IMPORTANT : l'avis médical n'autorise pas à conduire - Veillez à prendre RDV au moins 2 mois avant la date de fin de validité de votre permis de conduire.

¹ https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_14801_01.do

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) _____
(Le cas échéant le nom d'épouse)

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

Commune de naissance _____ Département ou Collectivité d'outre-mer _____

Pays pour l'étranger _____
(Si vous êtes né 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)

À REMPLIR PAR LE OU LES DOCTEURS EN MÉDECINE : 2 / 2-1 ou 2-2 / 3 s'il y a lieu / 5.
À FAIRE REMPLIR PAR L'USAGER : 4 s'il y a lieu / 5 à l'issue du contrôle médical.

2 Usager examiné : En cabinet médical En commission médicale primaire
 En commission médicale d'appel Bénéficiaire de la gratuité de l'examen médical (4)

2-1 Le(s) Docteur(s) en médecine et agréés par le préfet du département n° _____, après contrôle médical de l'intéressé, émettent, conformément aux textes en vigueur et à la liste des affections médicales compatibles avec le maintien ou la délivrance du permis de conduire, l'avis médical suivant :

Pour la ou les catégories du permis de conduire du groupe léger ou activités professionnelles :

A A1 B B1 EB Taxi Ambulance Voiture de remise
 Transport d'enfants Transport public à moto
 Véhicule de tourisme avec chauffeur Transport public de personnes

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 suivantes : dispositif de correction de la vision port d'un appareil de prothèse conduite d'un véhicule aménagé
 INAPTE

Observations : _____

Pour la ou les catégories du permis de conduire du groupe lourd ou activités professionnelles (relevant des exigences du groupe lourd) :

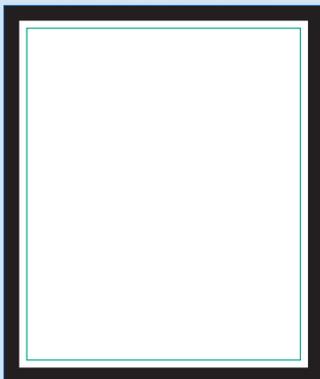
C Ec D Ed Enseignement de la conduite

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 suivantes : dispositif de correction de la vision port d'un appareil de prothèse conduite d'un véhicule aménagé
 INAPTE

Observations : _____

PHOTOGRAPHIE



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

1-2 Catégorie(s) de permis demandé(s) (1)
A A1 B B1 EB C Ec D Ed

Catégorie(s) déjà obtenue(s) (1) et (2)
A A1 B B1 EB C Ec D Ed

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

- Taxi Ambulance Voiture de remise
 Véhicule de tourisme avec chauffeur
 Transport d'enfants Transport public à moto
 Transport public de personnes Enseignant de la conduite

1-3 Je soussigné, le déclarant, 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

(1) Cocher la (les) case(s) appropriée(s) ;
- pour la catégorie A, rajouter un R s'il s'agit de l'accès progressif (P ≤ 25 kW et r ≤ 0,16 kW/kg) ;
- pour les catégories C et Ec, rajouter un R (poids total < 7,5 T) si le candidat a entre 18 et 21 ans ;
- pour la catégorie D, ajouter un R si mention 50 km doit être portée sur le permis.
(2) Pièces justificatives à joindre à la demande.

2-2 **Après contrôle médical, le Docteur en médecine _____, consultant hors commission médicale, ne prononce pas d'avis et renvoie l'usager devant la commission médicale primaire.**

3 Examens complémentaires demandés le : _____ Tests psychotechniques réalisés le : _____

DÉCLARATION EN CAS D'AVIS D'APTITUDE TEMPORAIRE, D'APTITUDE AVEC RESTRICTIONS OU D'INAPTITUDE

4 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.

Signature de l'usager (à l'issue du contrôle médical) (3)

Signature et cachet du ou des Docteur(s) en médecine

5

(3) Représentant légal si mineur - (4) Seuls les titulaires du permis de conduire pouvant présenter devant la commission médicale du permis de conduire 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.

EN CAS DE REFUS DE SIGNATURE DU CANDIDAT

Le(s) Docteur(s) _____

membre(s) de la Commission médicale 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 du ou des médecins ►