

Commission de : _____

Examen médical du : _____

Nom et prénom : _____

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| Lieu de naissance : _____

Domicile : _____

Profession : _____

Accidents, pensions : _____

CATÉGORIE DEMANDÉE		1 ^{er} EXAMEN	RENOUVELLEMENT	EXAMENS MÉDICAUX ANTERIEURS (DATE)
A	_____	_____	_____	_____
A1	_____	_____	_____	_____
B	_____	_____	_____	_____
B1	_____	_____	_____	_____
Eb	_____	_____	_____	_____
C	_____	_____	_____	_____
Ec	_____	_____	_____	_____
D	_____	_____	_____	_____
Ed	_____	_____	_____	_____

Le |_|_|_|_|_|_|_|_| Pour une durée de : _____
 Motif : _____

AVIS DE LA COMMISSION MEDICALE*

L'INTÉRESSÉ À ÉTÉ RECONNU : Apte (1) Apte (1) pour une durée limitée à : _____

Apte sous réserve (1) Groupe 1 : léger (A, A1, B, B1, Eb)

du port d'un dispositif de correction de la vision (verres correcteurs, lentilles de contact, ...) (1) Groupe 2 : lourd (C, Ec, D, Ed)

du port d'un appareil de prothèse (1) INAPTE (1) (classe _____ n° _____)

de conduire un véhicule aménagé (1) Groupe 1 : léger (A, A1, B, B1, Eb)

de conduire un véhicule aménagé (1) Groupe 2 : lourd (C, Ec, D, Ed)

MÉDECINS EXAMINATEURS

Nom : _____
 Signature _____

Nom : _____
 Signature _____

* Les médecins informant les usagers des motifs d'ordre médical qui entraînent un avis de permis temporaire ou d'incapacité à la conduite (sauf impératif majeurs qui doivent demeurer exceptionnels).

TAILLE

EXAMEN

POIDS

CLASSE I	CLASSE II	CLASSE III	CLASSE IV	CLASSE V	CLASSE VI
COEUR VAISSEAUX : _____ RESPIRATION : _____ AUSCULTATION : _____ POULS : _____ TENSION ARTÉRIELLE : _____	OEIL - VISION Acuité : _____ SANS CORRECTION : O.D. : _____ O.G. : _____ APRÈS CORRECTION : O.D. : _____ O.G. : _____ CHAMPS VISUELS : O.D. : _____ O.G. : _____	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE Hypoacousie : _____ Voix haute perçue à : D. : _____ G. : _____ Voix chuchotée perçue à : D. : _____ G. : _____ Divers : _____	NEUROLOGIE-PSYCHIATRIE Interrogatoire portant sur antécédents pathologiques Absences : _____ Pertes de connaissances : _____ Vertiges : _____ Comportement à l'examen : _____ État mental : _____ ROMBERG SENSIBILISÉ : Réflexes rotuliens : _____ achilléens : _____ Schvostock : _____ Intoxications : _____	MOTRICITÉ Locomotion : _____ Préhension : _____ Amputation : _____ (préciser le niveau) _____ Raideurs articulaires : _____	DIVERS Œdèmes : _____ Foie : _____ Diabète : _____ Alcool : _____ (Consommation déclarée) _____
ARTÈRES carotides : _____ fémorales : _____ ALBUMINE : _____ SUCRE : _____	Pupilles : _____ D. : _____ G. : _____ NYSTAGMUS Mobilité : _____ Yeux : _____ Paupières : _____	Tabac : _____	Divers : _____	Divers : _____	Divers : _____

OBSERVATIONS ET CONCLUSION MOTIVÉE* : _____

Signature des deux médecins : _____

Profil éthilique	1	2	3	4	5
Haleine					
Teint normal					
Teint rouge					
Teint terreux					
Teint pâle					
Variosités					
Sudation : axillaire					
mains					
Tremblement :					
langue					
mains					
lèvres					
paupières					
Réflexes					
Équilibre					
Incoordination motrice					

ALCOOTEST

* Préciser la classe d'affection prévue par l'arrêté fixant la liste des incapacités physiques incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire et le traitement médical régulier éventuel.