

Commission de : \_\_\_\_\_

Examen médical du : \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Domicile : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Accidents, pensions : \_\_\_\_\_

CATÉGORIE DEMANDÉE		1 <sup>er</sup> 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)  Groupe 2 : lourd (C, Ec, D, Ed)

du port d'un dispositif de correction de la vision (verres correcteurs, lentilles de contact, ...) (1)  INAPTE (1) (classe \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ )

du port d'un appareil de prothèse (1)  Groupe 1 : léger (A, A1, B, B1, Eb)  Groupe 2 : lourd (C, Ec, D, Ed)

de conduire un véhicule aménagé (1)

(1) Cocher la case utile  
(2) Rappel : minimum 6 mois, maximum 5 ans.  
\* 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.

**MÉDECINS EXAMINATEURS**

Nom : \_\_\_\_\_  
Signature \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_  
Signature \_\_\_\_\_

